

Responda las preguntas a continuación para los miembros de su familia en el hogar que estén cubiertos por Medicaid. Esta información ayudará a su MCO a decidir que tan pronto usted y su familia necesitan para ver un doctor y que servicios de atención médica pueden ser necesarios.



The Maryland Department of Health  
**INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NECESIDAD**

Complete la información de usted como Jefe de Hogar y de cada miembro en su familia. Una vez completado, devuelva este formulario con su forma de inscripción de HealthChoice en el sobre con sello de auto-dirección a P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

Fecha: _____	Jefe de Hogar		Miembro de Familia 1		Miembro de Familia 2	
<b>Nombre del Miembro</b>						
<b>Numero de Asistencia Medica</b>						
<b>Idioma principal</b>						
<b>Preguntas de Salud</b>						
1. ¿Necesita ver a un médico en el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Necesita rellenar una receta dentro del próximo mes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Utiliza algún equipo médico o suministros?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Recibe actualmente tratamienots de diálisis, quimioterapia, o radiación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud listados?	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol/Drogas		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol/Drogas		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol/Drogas	
6. ¿Está embarazada en este momento? (En caso afirmativo, responda a y b. Si no, pase a la pregunta 7.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
a. Si afirmativo, ¿Cuántos meses de embarazo?	<input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses		<input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses		<input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses	
b. ¿Cuál es el nombre del médico, enfermero/a, o clínica donde el miembro del hogar está recibiendo atención prenatal?	Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ <input type="checkbox"/> No recibiendo atención prenatal		Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ <input type="checkbox"/> No recibiendo atención prenatal		Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ <input type="checkbox"/> No recibiendo atención prenatal	

## INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NECESIDAD

Fecha: _____	Jefe de Hogar		Miembro de Familia 1		Miembro de Familia 2	
Nombre del Miembro						
Preguntas de Salud						
7. ¿Ha tenido un bebé en los últimos dos meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. Si tiene menos de 21 años de edad, ¿Tiene necesidades especiales de atención médica (por ejemplo; retraso de desarrollo mental, discapacidad física, etc.)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. Si tiene menos de 21 años, ¿Necesita ver a un dentista?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Hay un trabajador de salud al hogar o un asistente de cuidado personal que viene a su casa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Necesita ayuda para obtener transporte para citas médicas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Está usted sin hogar o viviendo en un refugio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Responda las preguntas a continuación para los miembros de su familia en el hogar que estén cubiertos por Medicaid. Esta información ayudará a su MCO a decidir que tan pronto usted y su familia necesitan para ver un doctor y que servicios de atención médica pueden ser necesarios.



Maryland's Medicaid Managed Care Program

The Maryland Department of Health

## INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NECESIDAD

Complete la información de usted como Jefe de Hogar y de cada miembro en su familia. Una vez completado, devuelva este formulario con su forma de inscripción de HealthChoice en el sobre con sello de auto-dirección a P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

Fecha: _____	Miembro de Familia 3		Miembro de Familia 4		Miembro de Familia 5	
<b>Nombre del Miembro</b>						
<b>Numero de Asistencia Medica</b>						
<b>Idioma principal</b>						
<b>Preguntas de Salud</b>						
1. ¿Necesita ver a un médico en el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Necesita rellenar una receta dentro del próximo mes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Utiliza algún equipo médico o suministros?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Recibe actualmente tratamientos de diálisis, quimioterapia, o radiación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud listados?	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol/Drogas		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol/Drogas		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol/Drogas	
6. ¿Está embarazada en este momento? (En caso afirmativo, responda a y b. Si no, pase a la pregunta 7.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
a. Si afirmativo, ¿Cuántos meses de embarazo?	<input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses		<input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses		<input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-9 meses	
b. ¿Cuál es el nombre del médico, enfermero/a, o clínica donde el miembro del hogar está recibiendo atención prenatal?	Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ <input type="checkbox"/> No recibiendo atención prenatal		Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ <input type="checkbox"/> No recibiendo atención prenatal		Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ <input type="checkbox"/> No recibiendo atención prenatal	



Maryland's Medicaid Managed Care Program

The Maryland Department of Health

## INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NECESIDAD

Fecha: _____	Miembro de Familia 3		Miembro de Familia 4		Miembro de Familia 5	
Nombre del Miembro						
Preguntas de Salud						
7. ¿Ha tenido un bebé en los últimos dos meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. Si tiene menos de 21 años de edad, ¿Tiene necesidades especiales de atención médica (por ejemplo; retraso de desarrollo mental, discapacidad física, etc.)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9. Si tiene menos de 21 años, ¿Necesita ver a un dentista?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Hay un trabajador de salud al hogar o un asistente de cuidado personal que viene a su casa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Necesita ayuda para obtener transporte para citas médicas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Esta usted sin hogar o viviendo en un refugio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No