



### FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Usted está recibiendo este formulario porque está inscrito en AmericasHealth Plan. Su plan usará este formulario para asegurarse de que reciba la atención necesaria.

Si tiene preguntas, por favor llame a AmericasHealth Plan, al **1-800-633-3313 (TTY: 711)** de lunes a viernes, entre las 9:00 a.m. y las 5:30 p.m.

Por favor, rellene el círculo con tinta negra o azul junto a las respuestas que le apliquen a usted. Complete un formulario para cada persona de su familia que esté inscrita en AmericasHealth Plan.

Devuelva el formulario completado en el sobre adjunto o por correo a:

AmericasHealth Plan  
PO Box 2468  
Camarillo, CA 93011-9912

El llenar este formulario es voluntario. No se le negará la atención en base a sus respuestas confidenciales.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHP/ # de BIC \_\_\_\_\_

- 1. Necesita ver a un médico dentro de los próximos 60 días?.....  Sí  No
- 2. Toma 3 o más medicamentos al día?.....  Sí  No
- 3. Ve usted regularmente a un doctor por un trastorno mental como depresión, trastorno bipolar, o esquizofrenia?.....  Sí  No
- 4. Ha estado en una sala de emergencia dos o más veces en los últimos 12 meses?.....  Sí  No
- 5. Ha ingresado al hospital en los últimos 12 meses?.....  Sí  No
- 6. Ha necesitado ayudar con el cuidado personal, como bañarse, vestirse, o cambiar vendajes en los últimos 6 meses?.....  Sí  No
- 7. Está usando equipo médico o suministros, como cama de hospital, silla de ruedas, andador, oxígeno o bolsas de ostomía?.....  Sí  No
- 8. Usted tiene una condición que limita sus actividades o lo que puede hacer?.....  Sí  No
- 9. Está embarazada?.....  Sí  No
- 9a. *De contestar Sí, ¿está actualmente viendo a un doctor para este embarazo?*.....  Sí  No
- 10. Ve a un doctor con regularidad para una condición médica crónica?.....  Sí  No
- 10a. *De contestar Sí, llene todo lo que sea aplicable:*

- a. Asma
- b. Cáncer
- c. Fibrosis quística
- d. Diabetes
- e. Problemas cardíacos
- f. Hepatitis
- g. Presión arterial alta
- h. VIH o SIDA
- i. Enfermedad renal
- j. Convulsiones
- k. Anemia falciforme
- l. Tuberculosis
- m. Otro: \_\_\_\_\_

*Entiendo que esta información será compartida a AmericasHealth Plan.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el beneficiario, especificar la relación: Padre de menor Tutor Otro representante



**HEALTH INFORMATION FORM**

You are receiving this form because you are enrolled in AmericasHealth Plan. Your plan will use this form to make sure you get needed care.

If you have questions, please call AmericasHealth Plan, at **1-800-633-3313 (TTY: 711)** Monday through Friday, between 9:00 a.m. and 5:30 p.m.

Please fill in the circle with black or blue pen for the answers that apply to you. Complete one form for each person in your family who is enrolled in AmericasHealth Plan.

Please return completed form in the enclosed return envelope or mail to:

AmericasHealth Plan  
PO Box 2468  
Camarillo, CA 93011-9912

Filling out this form is voluntary. You will not be denied care based on your confidential answers.

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ AHP/ BIC ID# \_\_\_\_\_

- 1. Do you need to see a doctor within the next 60 days?.....o Yes o No
- 2. Do you take 3 or more prescription medicines each day?.....o Yes o No
- 3. Do you see a doctor regularly for a mental Health condition such as depression, bipolar disorder, or schizophrenia?.....o Yes o No
- 4. Have you been to the emergency room two or more times in the last 12 months?.....o Yes o No
- 5. Have you been admitted to the hospital in the last 12 months?.....o Yes o No
- 6. Have you needed help with personal care, such as bathing, getting dressed, or changing bandages in the last 6 months?.....oYes o No
- 7. Are you using medical equipment or supplies, such as a hospital bed, wheelchair, walker, oxygen, or ostomy bags?.....o Yes o No
- Do you have a condition that limits your activities or what you can do?..... oYes o No
- Are you pregnant?..... oYes o No
- 9a. If Yes, are you currently seeing a doctor for this pregnancy?.....oYes o No
- 10. Do you see a doctor regularly for a chronic medical condition?.....o Yes o No

10a. If Yes, fill in all that apply:

- a. Asthma
- b. Cancer
- c. Cystic Fibrosis
- d. Diabetes
- e. Heart Problems
- f. Hepatitis
- g. High Blood Pressure
- h. HIV or AIDS
- i. Kidney Disease
- j. Seizures
- k. Sickle Cell Anemia
- l. Tuberculosis
- m. Other: \_\_\_\_\_

*I understand that this information will be disclosed to AmericasHealth Plan.*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If not signed by beneficiary, specify relationship: Parent of minor Guardian Other representative

**Confidential**