

Programa de Alliance Managed Care del Distrito de Columbia

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PERSONAL DE SALUD:

Para que su plan pueda cuidar de usted y de su familia, responda las siguientes preguntas sobre usted y cada uno de los miembros de su familia. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.

Nombre jefe de familia: _____ Fecha: _____
Número de Alliance: _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

1. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia citas médicas el próximo mes?

Si la respuesta es AFIRMATIVA, llene el formulario siguiente:

Nombre del miembro de la familia	Nombre del médico	Fecha de la cita

2. ¿Toma usted o algún miembro de su familia algún medicamento recetado por un médico?

Si la respuesta es AFIRMATIVA, llene el formulario siguiente:

Nombre del miembro de la familia	Nombre del medicamento	Fecha o fechas en las que se le terminan los medicamentos

3. ¿Usted o algún miembro de su familia cuenta con atención de salud en el hogar? Si la respuesta es AFIRMATIVA, llene el formulario siguiente:

Nombre del miembro de la familia	Tipo de cuidado (agencia de atención en el hogar, etc.)

4. ¿Está embarazada o está embarazada alguna personas de su familia? Si la respuesta es AFIRMATIVA, llene el formulario siguiente:

Nombre del miembro de la familia	Nombre del médico	Fecha probable de parto

5. ¿Cuándo fue la última vez que usted o un miembro de su familia visitó a un medico? Llene el formulario siguiente:

Nombre del miembro de la familia	Nombre del médico	Fecha de la cita

6. ¿Cuándo fue la última vez que usted o un miembro de su familia visitó al dentista? Llene el formulario siguiente:

Nombre del miembro de la familia	Nombre del dentista	Fecha de la visita

7. ¿Existe algún problema de salud o tratamiento médico que su plan de salud deba saber sobre usted o algún miembro de su familia? Si la respuesta es AFIRMATIVA, llene el formulario siguiente:

Nombre del miembro de la familia	Describa el problema o tratamiento

Devuelva en el sobre proporcionado – no se necesita estampilla. O, llame a la línea de ayuda: 202-639-4030.
GRACIAS.