



**Alameda Alliance for Health**

1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502

Teléfono: **1.510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con problemas auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

[www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org)

## Formulario de información de salud

Usted recibió este formulario porque acaba de inscribirse en Medi-Cal con Alameda Alliance for Health (Alliance). Usaremos este formulario para comprender mejor sus necesidades de salud.

Con una pluma de tinta negra o azul, rellene el círculo de las respuestas que mejor se apliquen a usted. Llene un formulario por cada una de las personas en su familia que sea un miembro nuevo de Alliance.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro de Alliance al **1.510.747.4567**, a la línea gratuita **1.877.932.2738**; personas con problemas auditivos o del habla (CRS/TTY) **711/1.800.735.2929**.

### Devuelva el formulario contestado a:

Alameda Alliance for Health  
Attn: Medical Management HIF/MET  
1240 S. Loop Road  
Alameda, CA 94501

**Se incluye un sobre con porte pagado.**

**Contestar este formulario es voluntario. No se le negará la atención con base en sus respuestas confidenciales.**

<b>Nombre del miembro:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____	<b>N.º de identificación de Alliance:</b>
<b>Dirección del miembro:</b>		
1. ¿Necesita ver a un médico en los siguientes 60 días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
2. ¿Toma tres (3) o más medicamentos recetados al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
3. ¿Acude con un médico con regularidad a causa una enfermedad mental, como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
4. ¿Ha estado en la sala de emergencia dos (2) o más veces en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
5. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

**CONFIDENCIAL**

6. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal, como bañarse, vestirse o cambiarse los vendajes, en los últimos seis (6) meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
7. ¿Utiliza equipo o suministros médicos, como una cama de hospital, silla de ruedas, andadera, oxígeno o bolsas de ostomía?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
8. ¿Tiene alguna enfermedad que limite sus actividades o las cosas que puede hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
9. ¿Está embarazada?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
9a. <b>Si respondió que sí</b> , ¿actualmente acude con un médico a causa de su embarazo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
10. ¿Acude con un médico con regularidad a causa de una afección médica crónica?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
10a. <b>Si respondió que sí</b> , marque todas las opciones que correspondan:			
<input type="radio"/> a. Asma	<input type="radio"/> b. Cáncer	<input type="radio"/> c. Fibrosis quística	<input type="radio"/> d. Diabetes
<input type="radio"/> e. Problemas cardíacos	<input type="radio"/> f. Hepatitis	<input type="radio"/> g. Presión arterial alta	<input type="radio"/> h. VIH o sida
<input type="radio"/> i. Enfermedad renal	<input type="radio"/> j. Convulsiones	<input type="radio"/> k. Anemia falciforme	<input type="radio"/> l. Tuberculosis
<input type="radio"/> m. Otra: _____			

Si considera que debe ver a un médico, vaya al consultorio o al hospital en ese momento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha en que se firmó: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el miembro, especifique su parentesco (padre, tutor, otro):

\_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL**