



Examen de Riesgo de Salud

INSTRUCCIONES

El Healthy Michigan Plan tiene mucho interés en ayudarle a estar y mantenerse saludable. Queremos hacerle algunas preguntas sobre su salud actual. Su médico y su plan de salud usarán esta información para cubrir de una mejor manera sus necesidades médicas. La información que usted brinde en este formulario es información médica personal protegida por la ley federal y estatal y se mantendrá confidencial. Esta NO PODRÁ ser usada para negar una cobertura de cuidado médico.

También lo alentamos a visitar a su médico para un control lo antes posible, luego de inscribirse en un plan de salud, y por lo menos una vez por año luego de eso. Una cita de control anual es un beneficio cubierto por el Healthy Michigan Plan. Comuníquese con su plan de salud en caso de necesitar asistencia con el transporte para ir a y regresar de esta cita.

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con su plan de salud. Ante cualquier duda, usted también puede comunicarse a la Línea de Ayuda para Beneficiarios al 1-800-642-3195 o por TTY al 1-866-501-5656.

Usted también puede conocer más a través de este sitio Web: www.healthymichiganplan.org.

Para obtener ayuda para completar este formulario, llame a Molina Healthcare al (866) 408-9541, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.



Instrucciones para completar este Examen de Riesgo de Salud del Healthy Michigan Plan:

- Responda las preguntas de las secciones 1 a 3 lo mejor que pueda. No es necesario que responda todas las preguntas.
- Comuníquese a la oficina de su médico para programar una cita de control anual. Lleve este formulario a su cita.
- Su médico u otro proveedor de cuidado médico principal completará la sección 4. El o ella enviarán sus resultados a su plan de salud.
- No olvide completar un nuevo examen de riesgo de salud cada año.

Luego de su cita, guarde una copia o imprima este formulario, el cual posee la firma de su médico. Este es su registro de que completó su Examen de Riesgo de Salud anual.

For questions and/or problems, or help to translate, call the Beneficiary Help Line at 1-800-642-3195 or TTY 1-866-501-5656.

Spanish: Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al telefono, 1-800-642-3195 or TTY 1-866-501-5656

Arabic: TTY 1-866-501-5656

إذا كان لديكم أي سؤال، يرجى الإتصال بخط المساعدة على الرقم المجاني ١-٨٠٠-٦٤٢-٣١٩٥

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, y Sufijo				Fecha de Nac. (mes/día/año)	
Dirección Postal			Apartamento y N° de Lote		Número de Tarjeta mihealth
Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico		Otro Número Telefónico

SECCION 1 – Preguntas iniciales del examen (marque una opción por cada pregunta)

1. En general, ¿cómo calificaría su salud? Excelente Muy Buena Buena Regular Mala

2. ¿Le indicó un médico que usted posee una pérdida auditiva o sordera? Sí No

3. (Sólo para mujeres) ¿Está actualmente embarazada? Sí No No aplica (sólo hombres)

4. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia ejercitó durante por lo menos 20 minutos por día?

Cada día 3 a 6 días 1 a 2 días 0 días

? La ejercitación incluye caminatas, tareas del hogar, trotar, levantar peso, un deporte o jugar con sus hijos. Esto puede ser realizado en el trabajo, en la casa, sólo por diversión o como un ejercicio.

5. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia comió 3 o más porciones de frutas o vegetales en un día?

Cada día 3 a 6 días 1 a 2 días 0 días

? Cada vez que comió una fruta o verdura cuenta como una porción. Puede ser fresca, congelada, enlatada, cocinada o mezclada con otras frutas.

6. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia ingirió (5 o más para los hombres, 4 o más para las mujeres) bebidas alcohólicas en una misma ocasión? Nunca Una vez por semana

2 a 3 veces por semana Más de 3 veces durante la semana

? 1 bebida es 1 cerveza, 1 vaso de vino, o 1 trago.

7. En los últimos 30 días, ¿fumó o usó tabaco? Sí No

Si es ASI, ¿desea dejar de fumar o usar tabaco?

Sí Estoy intentando dejar o reducir el consumo actualmente No

8. ¿Con qué frecuencia es el estrés un problema para usted en el manejo de cosas cotidianas tales como su salud, dinero, trabajo, o relaciones con su familia y amigos?

Casi todos los días A veces Rara vez Nunca

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, y Sufijo

Número de Tarjeta mihealth

9. ¿Consume drogas o medicaciones (que no hayan sido exactamente las prescritas para usted) que afecten su estado de ánimo o le ayuden a relajarse? Casi todos los días A veces Rara vez Nunca



Esto incluye drogas ilegales o callejeras y medicaciones de un médico o tienda de fármacos, si las está consumiendo de forma diferente a como su médico le indicó que lo haga.

10. ¿Recibió una vacuna contra la gripe en el último año? Sí No

11. ¿Cuánto tiempo pasó desde la última vez que visitó a un odontólogo o a un clínico dental por alguna razón?

Nunca Dentro del último año Entre 1 y 2 años Entre 3 y 5 años Más de 5 años

12. ¿Tiene usted acceso a transporte para sus citas médicas?

Sí No A veces, pero no es confiable



El transporte puede ser su propio auto, un amigo que lo traslade, un pase de autobús, o taxi. Su plan de salud le podrá ayudar con su viaje hacia y desde sus citas médicas.

13. ¿Necesita ayuda con la comida, vestimenta, servicios o vivienda? Sí No



Puede ser el pago de su factura de calefacción, un refrigerador que no funciona, o no contar con vivienda permanente

14. Un control es una visita a la oficina del médico a la cual NO se asiste por un problema específico. ¿Cuánto tiempo pasó desde su último control? Dentro del último año Entre 1 y 3 años Más de 3 años

SECCION 2 – Cita Anual

Un control de rutina es una parte importante del cuidado de su salud. Una cita de control anual es un beneficio cubierto del Healthy Michigan Plan y su plan de salud le puede ayudar con el traslado hacia y desde su cita.

Fecha de la cita:

_____ (mes/día/año)

En mi cita, principalmente quisiera hablar con mi médico sobre:



Una cita anual le da la oportunidad de hablar con su médico y de hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre su salud, incluyendo preguntas sobre medicaciones o exámenes que usted podría necesitar.

Lleve este formulario a su control y complete el resto con su médico en esta cita.

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, y Sufijo	Número de Tarjeta mihealth
---	----------------------------

Sección 3 – Preparación para cambiar

Su Conducta Saludable

Pequeños cambios diarios pueden producir un gran impacto sobre su salud. Piense en aquellos cambios en los cuales tendría más interés en hacer durante del próximo año. También es importante realizar cualquier examen de salud recomendado por su médico.

Ahora que ya pensó sobre su conducta saludable, responda las preguntas de 1 a 3. Para cada pregunta, use la escala provista y elija un número del 0 al 5.

- | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <p>1. Piense sobre su conducta saludable, ¿desea hacer algunos pequeños cambios en su estilo de vida en esta área para mejorar su salud?</p> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | No deseo hacer cambios ahora | | Deseo aprender más sobre cambios que puedo hacer | | Sí, sé qué cambios deseo comenzar a hacer | |
| <p>2. ¿Cuánto apoyo piensa que recibirá de su familia o amigos si supieran que está intentando hacer algunos cambios?</p> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | No creo que mi familia o amigos me ayuden | | Pienso que recibiré cierto apoyo | | Sí, creo que mi familia o amigos me ayudarían | |
| <p>3. ¿Cuándo apoyo desearía recibir de su médico o de su plan de salud para realizar estos cambios?</p> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | No deseo ser contactado | | Deseo aprender más sobre programas que me pueden ayudar | | Sí, estoy interesado en inscribirme en programas que me pueden ayudar | |

Sección 4 – Para ser completada por su proveedor de salud principal

Los proveedores de cuidado médico principales deberán completar este formulario para los beneficiarios del Healthy Michigan Plan inscritos en Planes de Salud Administrados únicamente. Complete la pregunta de "Progreso sobre las Metas de Conductas Saludables" y elija una declaración de "Metas de Conductas Saludables" en la discusión con su paciente. Firme el Testimonio del Proveedor de Cuidado Médico Principal, incluyendo la fecha de la cita. Ambas partes de la Sección 4 deberán ser completadas para que el testimonio se considere completo.

Progreso sobre las Metas de Conductas Saludables

¿Mantuvo o logro/hizo un progreso significativo el paciente en relación a su meta(s) de conducta saludable elegida durante el último año?

- No aplicable – éste es el primer Examen de Riesgo de Salud del Healthy Michigan Plan conocido de este paciente.
- Sí
- No
- El paciente sufrió un problema o problemas médicos graves, de conducta o sociales, los cuales le impidieron tratar las conductas no saludables.

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, y Sufijo	Número de Tarjeta mihealth
---	----------------------------

Metas de Conducta Saludable

Elija una de las siguientes para el próximo año:

- 1. El paciente no presenta conductas de riesgo sobre la salud que deban ser tratadas en esta oportunidad.
- 2. El paciente identificó por lo menos una conducta que debe tratar durante el próximo año, a fin de mejorar su salud (elija una o más opciones a continuación):

<input type="checkbox"/> Incrementar la actividad física, aprender más sobre nutrición y mejorar la dieta, y/o pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Reducir/ dejar el consumo de alcohol
<input type="checkbox"/> Reducir/ dejar el uso del tabaco	<input type="checkbox"/> Tratamiento por desorden por uso de sustancias
<input type="checkbox"/> Vacuna anual contra la gripe	<input type="checkbox"/> Visita al odontólogo
<input type="checkbox"/> Cita de seguimiento para exámenes o manejo (si es necesario) de hipertensión, colesterol y/o diabetes	<input type="checkbox"/> Cita de seguimiento del cuidado en la maternidad/ salud reproductiva
<input type="checkbox"/> Cita de seguimiento para un examen(es) de cáncer u otros exámenes preventivos	<input type="checkbox"/> Cita de seguimiento sobre salud mental/ conducta saludable
<input type="checkbox"/> Otro: explicar _____	

- 3. El paciente sufrió un problema(s) médico grave, de conducta o social, el cual le impidió tratar las conductas no saludables en esta oportunidad.
- 4. Fueron identificadas conductas no saludables, se evaluó la preparación del paciente para cambiar, y el paciente no está listo para hacer cambios en este momento.
- 5. El paciente se comprometió a mantener su Meta(s) de Conducta Saludable lograda previamente.

Testimonio del Proveedor de Cuidado Principal

Certifico que examiné al paciente nombrado anteriormente y que la información es completa y precisa hasta donde es de mi conocimiento. Entregué una copia de este Examen de Riesgo de Salud al miembro que figura más arriba.

Apellido del Proveedor	Primer Nombre del Proveedor	Identificador del Proveedor Nacional (NPI)
Número Telefónico del Proveedor		Fecha de la Cita
Firma		Fecha

Entregue el formulario por fax o a través de CHAMPS:

Fax al: 517-763-0200

CHAMPS: El formulario del Examen de Riesgo de Salud puede ser entregado y visualizado en el sistema CHAMPS a través de la Página Web del Cuestionario del Examen de Riesgo de Salud.

Los formularios completados también se pueden enviar por fax seguro a Molina Healthcare al (855) 671-1283.

El Michigan Department of Health and Human Services no discrimina a ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, creencias políticas o incapacidad.

AUTORIDAD: MCL 400.105(d)(1)(e)

COMPLECIÓN: Es voluntaria, pero requerida para la participación en ciertos programas del Healthy Michigan Plan.