



Encuesta de salud de WellCare of Nebraska

¿Quiénes deben completar esta encuesta? Los miembros de WellCare of Nebraska, Inc. o las personas que actúen en su nombre.

¿Por qué queremos que la complete? Sus respuestas nos ayudan a satisfacer las necesidades de cuidado de la salud de nuestros miembros. Esta encuesta es voluntaria. Sus respuestas son confidenciales. Esto no afecta su nueva inscripción o la continuación de su inscripción en el plan.

Por favor envíenos esta encuesta en el sobre con porte postal pago que se incluye. O envíela por correo a:

WellCare Health Plans
P.O. Box 31507
Tampa, FL 33633-1205

¿Necesita otro formulario de la encuesta? Haga copias de este formulario en blanco. O llámenos para solicitar más formularios al **1-855-599-3811 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro.

1. Nombre del miembro _____ Apellido del miembro _____

2. Dirección del miembro _____

3. Número de teléfono del miembro (____) ____-____

4. ID de miembro de WellCare of Nebraska (número que aparece en el frente de su tarjeta de ID de miembro)

5. ¿Tiene un idioma de preferencia que no sea inglés o español?

Sí No

6. En los últimos 6 meses, ¿tuvo que preocuparse por pagar un transporte o gasolina para ir o venir de una cita de salud física o mental?

Sí No

7. En los últimos 6 meses, ¿tuvo que preocuparse por pagar alimentos, ropa, medicamentos, servicios públicos o su renta/hipoteca?

Sí No

8. ¿Tiene un lugar seguro y estable para vivir?

Sí No

9. En general, ¿cómo calificaría su salud?

Excelente Muy buena Buena Regular Deficiente

10. En los últimos 6 meses, ¿visitó a algún proveedor médico, de la salud mental o de tratamiento de consumo de sustancias?

Sí No

11. ¿Alguna vez un proveedor médico le dijo que usted tiene una condición como diabetes, enfermedad cardíaca, ansiedad o depresión?

Sí No

12. Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia visitó la sala de emergencias o un centro de cuidado urgente?
 0 veces 1 vez 2 veces 3 veces 4 o más veces
13. ¿Con qué frecuencia toma sus medicamentos recetados para una condición crónica?
 Siempre A veces Nunca No tengo ningún medicamento recetado
 No me han recetado medicamentos para una condición crónica
14. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses tomó 5 o más bebidas (hombres) o 4 o más (mujeres) al día? Una bebida son 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licores con grado alcohólico de 80.
 Nunca Una o dos veces Una vez al mes Semanalmente A diario o casi a diario
15. En los últimos 6 meses, ¿ha consumido drogas ilegales o recreativas? Sí No
16. ¿La condición de su boca o sus dientes le impiden consumir su dieta preferida? Sí No
17. ¿Con qué frecuencia el estrés es un problema para usted en relación con factores tales como la salud, las finanzas, el trabajo, la familia o las relaciones sociales?
 Nunca o en raras ocasiones A veces Frecuentemente Siempre
18. ¿Con qué frecuencia consume alguna forma de tabaco? (Se incluyen cigarrillos, cigarros, pipa, rapé o tabaco para mascar, o vaporizadores)
 Actualmente, todos los días Actualmente, algunos días Exfumador Nunca fumé
19. ¿Le resultaría valioso contar con ayuda para encontrar o mantener un trabajo? Sí No
20. ¿Le resultaría valioso contar con ayuda en la escuela o con capacitación? Sí No
21. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, bañarse, caminar o ir al baño? Sí No
22. ¿Necesita ayuda con tareas tales como lavar la ropa, limpiar la casa, hacer operaciones bancarias, hacer las compras, usar el teléfono, preparar la comida o tomar medicamentos? Sí No

**Gracias por contestar estas importantes preguntas sobre la salud.
Por favor envíe esta encuesta en el sobre con porte postal pago provisto.**

<https://www.neheritagehealth.com>

WellCare of Nebraska, Inc. complies with all applicable federal civil rights laws. We do not exclude or treat people in a different way based on race, color, national origin, disability, age, religious belief, gender, sexual orientation, ethnicity, or language needs.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats at no cost to you. That includes Braille, audio and large print. Just give us a call toll-free. You can reach us at **1-855-599-3811**. For TTY, call **711**.

Si el español es su lengua materna, podemos brindarle servicios de traducción. También podemos proporcionarle información en otros formatos sin costo para usted. Estos incluye braille, audio y letra de imprenta grande. Simplemente, llámenos sin cargo al **1-855-599-3811**. Para TTY llame al **711**.

如果中文是您的母語，我們可以為您翻譯。我們也可以免費用其它格式為您提供資訊。這些格式包括布萊葉文、音頻及大字體。僅需撥打我們的免費電話。您可以撥打 **1-855-599-3811** 聯絡我們。TTY 用戶請撥打 **711**。