



Encuesta sobre salud de WellCare of Nebraska

¿Quién debe completar esta encuesta? Los miembros de WellCare of Nebraska, Inc. (comúnmente conocido como WellCare of Nebraska) o las personas que actúen en su nombre.

¿Por qué queremos que la complete? Sus respuestas nos ayudarán a satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud. Esta encuesta es voluntaria y sus respuestas son confidenciales. No afecta su inscripción nueva ni la continuidad de su inscripción en el plan.

Envíenos esta encuesta por correo en el sobre con franqueo pagado incluido.

También puede enviarla por correo a:
WellCare Health Plans
P.O. Box 31507
Tampa, FL 33633-1205

¿Necesita otra encuesta? Haga copias de esta encuesta en blanco. O llámenos para pedirnos más 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. Número de ID de miembro de WellCare of Nebraska: (Esta información figura en el frente de su tarjeta de ID de miembro).

5. ¿Qué idioma prefiere hablar?

- Inglés Español Otros

6. ¿Cuántos medicamentos diferentes toma?

- Ninguno Entre 1 y 3 Entre 4 y 6 Entre 7 y 10 11 o más

7. En general, ¿cómo considera su estado de salud?

- Excelente Bueno Aceptable Deficiente

8. ¿Cuántas veces acudió a una sala de emergencias o un centro de cuidado urgente en el último año?

- Nunca Una vez Dos veces Tres veces o más

9. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado por motivos de salud médica o salud del comportamiento en el último año?

- Nunca Una vez Dos veces Tres veces o más

10. ¿Está usted embarazada?

Si es así, ¿para qué fecha está programado el parto? (MM/DD/AAAA) _____

<http://dhhs.ne.gov/heritagehealth>



11. ¿Le han diagnosticado o ha experimentado alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las opciones que correspondan).

- SIDA o VIH Asma o enfermedades pulmonares
 Cáncer con tratamiento Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 Diabetes o nivel alto de azúcar en la sangre Enfermedades cardíacas o insuficiencia cardíaca congestiva
 Enfermedades renales o insuficiencia renal Presión arterial alta o hipertensión
 Condición de salud mental o del comportamiento, como ansiedad, bipolaridad, depresión o esquizofrenia
 Responda si tiene menos de 21 años: ¿Tiene alguna necesidad especial de cuidado de la salud relacionada con lo siguiente? Autismo, síndrome de Asperger, parálisis cerebral, defectos congénitos, fibrosis quística, envenenamiento con plomo, hemofilia, anemia de células falciformes

12. ¿Tiene problemas para ir y volver de las consultas médicas, la tienda o la farmacia? Sí No

13. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico? Nunca En los últimos 6 meses Hace más de 6 meses

14. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? Nunca En los últimos 6 meses Hace más de 6 meses

15. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un consejero o psiquiatra?

Nunca En los últimos 6 meses Hace más de 6 meses

16. ¿Consume o utiliza productos con tabaco, como cigarrillos, cigarrillos o tabaco de mascar? Sí No

17. ¿Tiene programada alguna hospitalización o cirugía en el futuro? Sí No

18. ¿Actualmente utiliza algún equipo médico? Sí No

19. ¿Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (bañarse, caminar, vestirse, alimentarse)? Sí No

20. ¿Le gustaría hablar con un(a) trabajador(a) social o enfermero(a) sobre sus necesidades de cuidado de la salud? Sí No

**Gracias por responder estas preguntas importantes sobre la salud.
Por favor devuelva esta encuesta en el sobre proporcionado.**

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**。