

Yamhill Community Care
PO Box 5490
Salem, OR 97304
Servicio de atención al Cliente: 855-722-8205 TTY 711
www.yamhillcco.org



Bienvenido a Yamhill Community Care, su seguro del Plan de Salud de Oregón. Como parte de su equipo de atención médica, díganos cómo podemos ayudarle a cuidar su salud. Para hacerlo, responda las siguientes preguntas y envíe esta encuesta en el sobre que le enviamos, no es necesario ponerle sello postal. La Gerencia de Atención es su punto de contacto para las necesidades de coordinación de la atención médica y un representante de esta gerencia está a su disposición y puede llamarlo. También puede llamar al 833-257-2191.

No tiene que responder a ninguna pregunta que no sea aplicable a usted.

Nombre: _____ ID del miembro: _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Pronombres: _____ Idioma preferido: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

¿Podemos enviarle un mensaje de texto? Sí No

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un mensaje de correo electrónico? Sí No

Indique el nombre de la persona que completa este formulario, si es para un menor o un adulto que no puede completarlo:

Nombre: _____ Relación: _____

1. ¿Tiene un médico de cabecera (PCP) o un pediatra? En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre?: _____

2. ¿Cuándo fue su último examen físico? _____

3. ¿Cómo calificaría su estado de salud general? Seleccione una opción.

Excelente Buena Suficiente Mala

4. ¿Está embarazada? Sí No Fecha prevista del parto: _____

5. ¿Tiene alguna limitación física que requiera equipo o suministros?

Equipo médico (andador, bastón, etc.) Apoyo adicional de un cuidador

Otro: _____

6. Proporcione información sobre su salud dental. ¿Tiene alguna preocupación con respecto a lo siguiente? (seleccione todas las opciones que correspondan)

Dolor de boca Dentadura postiza Caries Dientes faltantes

No tengo ninguno de estos problemas Otro: _____

7. Proporcione información sobre su estado de ánimo o salud mental. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? (seleccione todos los que correspondan)

Tristeza, depresión, desesperanza

Dispersión/incapacidad para calmar sus pensamientos

Incapacidad para dormir

Ansiedad o nerviosismo

No tengo ninguno de estos problemas Otro: _____

8. ¿Ha podido asistir a todas sus citas médicas? Si no es así, proporcione más información: _____

9. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? (seleccione todas las que correspondan)

Vestirse Bañarse Caminar

Comer o preparar la comida Organizar o tomar medicamentos

¿Qué más desea contarnos? _____

10. ¿Necesita ayuda para encontrar alguno de los siguientes proveedores y recibir atención médica? (seleccione todas las opciones que correspondan)

Atención primaria Dentista Especialista Salud mental o abuso de drogas y alcohol

11. ¿Tiene trabajo?

Sí, a tiempo completo Sí, a tiempo parcial Estoy jubilado Soy estudiante

No, actualmente no estoy trabajando

12. ¿Cuál es su situación de vivienda?

Vivo solo/a. Vida en comunidad. Vivo con mi cónyuge o familia.

Padres/tutores. Amigos/compañeros de cuarto. No tengo vivienda estable.

Otro: _____

13. ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar, incluyéndose a usted mismo? _____

14. ¿Usted o algún miembro de su familia necesita ayuda en alguno de los siguientes temas? Seleccione todos los temas que correspondan).

Alimentos, incluidas las verduras y frutas

Vivienda (alquiler, pago de la casa).

Servicios públicos (electricidad, gas, agua).

Transporte (propio o público).

Ropa

Pañales

Cuidado de niños

Otro: _____

15. ¿Tiene alguna preocupación relacionada con el consumo de alcohol? Sí No

16. ¿Consume tabaco? Sí No

17. ¿Tiene alguna preocupación relacionada con el consumo de drogas? Sí No

18. ¿Tiene alguna necesidad relacionada con la audición, la discapacidad visual u otra? Descríbala:

19. ¿Tiene alguna necesidad relacionada con el idioma o con un intérprete? Descríbala:

20. ¿Cuál de las siguientes opciones lo/la describe mejor? Seleccione solo una respuesta.

Asiático o isleño del Pacífico

Negro o afroamericano

Hispano o latino

Indígena americano o Nativo de Alaska

- Blanco o caucásico Multirracial o birracial
- Una raza/etnia que no aparece aquí Prefiero no responder

21. ¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

22. ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? Seleccione todas las que correspondan.

- Alergias Afección hepática Problemas gastrointestinales/estomacales
- Respiratoria Diabetes Trastornos neurológicos
- Consumo de drogas/marihuana Problemas cardíacos Dolor
- Problemas renales Problemas de salud mental Ninguno de estos
- Otras afecciones médicas graves _____

23. ¿Tiene una directiva anticipada o un documento POLST, es decir, un documento que proporcione información sobre sus deseos cuando no pueda expresarse por sí mismo? Sí No

24. ¿Tiene alguna preocupación relacionada con la seguridad? Sí No

La coordinación y la gestión de la atención son servicios gratuitos y forman parte de la cobertura de su seguro. ¿En qué le gustaría que le ayudáramos para que pueda aprovechar al máximo su atención médica?

Solo para jóvenes

25. ¿Su hijo nació antes de la fecha prevista? En caso afirmativo, ¿cuánto antes? _____

26. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto? En caso afirmativo, proporcione más información:

27. ¿Su hijo/a se alimenta/come sin problemas? Si tiene alguna preocupación, proporcione más información:

28. ¿Su hijo/a está aumentando de peso como esperaba? Si no es así, proporcione más información: _____

29. ¿Su hijo ha recibido las vacunas recomendadas? Si no es así, proporcione más información:

30. ¿Su hijo/a toma medicamentos recetados? En caso afirmativo, por favor, denos más información al respecto:

31. ¿Su hijo/a se está desarrollando según lo esperado? En caso negativo, por favor, denos más información al respecto:

32. ¿Su hijo/a va al dentista? En caso negativo, por favor, denos más información al respecto:

33. ¿Su hijo/a asiste a la escuela con regularidad? Si no es así, por favor proporcione más información:

34. ¿Tiene su hijo/a alguna de las siguientes afecciones? Seleccione todas las que correspondan.

- Asma Alergias Problemas para dormir
 Retrasos en el desarrollo Defectos congénitos Problemas de salud mental
 Consumo de drogas/marihuana Signos de problemas sociales/emocionales/de comportamiento
 Ninguna de estas afecciones Otras afecciones médicas graves: _____
-

35. Además de apoyar a su familiar, también queremos apoyar su salud. ¿Tiene algún problema de salud que podría afectar a su hijo/a, a su familia o a otras personas que dependen económicamente de usted? _____

La información de este formulario se protegerá de acuerdo con las prácticas de privacidad y se utilizará para identificar sus necesidades.

Esta información se revisará y se compartirá con el equipo de atención que le ayuda, incluidos sus proveedores y otras entidades, para ayudar a reducir la duplicación de la recopilación de información.

No está obligado a recibir atención coordinada y puede optar por no recibirla.

Asistir a consultas médicas de su proveedor de atención primaria es fundamental para tener buena salud. Nuestro equipo de gerencia de atención puede ayudarle a ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria.

YCCO Care Management 833-257-2191

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Para recibir esta ayuda, llame al servicio de atención al cliente al 855-722-8205 o al TTY 711, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Aceptamos llamadas de retransmisión.

English

You can get this document in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 855-722-8205 or TTY 711. We accept relay calls.

-

You can get help from a certified or qualified health care interpreter.

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 855-722-8205 o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

Usted puede obtener ayuda de un intérprete certificado o calificado en atención de salud.

Russian

Вы можете получить этот справочник на другом языке, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги устного переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 855-722-8205 или TTY 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи

Вы можете получить помощь от аккредитованного или квалифицированного медицинского устного переводчика.

Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 855-722-8205 hoặc TTY (Đường dây

Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711.
Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

-
Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ một thông dịch viên có chứng nhận hoặc đủ tiêu chuẩn chuyên về chăm sóc sức khỏe.

Arabic

يمكنكم الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 855-722-8205 أو المبرقة الكاتبة 711. نستقبل المكالمات المحولة.

-
يمكنكم الحصول على المساعدة من مترجم معتمد ومؤهل في مجال الرعاية الصحية.

Somali

Waxaad heli kartaa buug-gacmeedkani oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa mid lacag la'aan ah. Wac 855-722-8205 ama TTY 711. Waan aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

-
Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaanka daryeelka caafimaadka oo xirfad leh ama la aqoonsan yahay.

Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电855-722-8205 或TTY 711。我们会接听所有的转接来电。

-
您可以从经过认证或合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

您可獲得本手冊的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 855-722-8205 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。

-
您可透過經認證或合格的醫療保健口譯員取得協助。

Korean

이문서은 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 855-722-8205 또는 TTY 711에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-
공인 또는 자격을 갖춘 의료서비스 전문 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다.

Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 855-722-8205 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

En mi tongeni kopwe angei aninis seni emon mi certified ika qualified ren chon chiaku ren health care.

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 855-722-8205 або телетайпу 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого або кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبانهای دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با 8205-722-855 یا 711 تماس بگیرید. تماسهای رله را می‌پذیریم.

می‌توانید از یک مترجم شفاهی دارای گواهی یا باکفایت در زمینه بهداشت و

Romanian

Puteți obține această broșură în alte limbi, cu font mărit, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la 855-722-8205 sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

-

Puteți obține ajutor din partea unui interpret de îngrijire medicală certificat sau calificat.

Dari

شما می‌توانید این راهنما را به زبانهای دیگر، با چاپ بزرگ، بریل یا فارمت دلخواه خود دریافت کنید. همچنین می‌توانید درخواست مترجم کنید. این کمک رایگان است. تماس بگیرید به 855-722-8205 یا TTY 711. ما تماسهای رله را می‌پذیریم.

-

شما می‌توانید از مترجم تائیده شده یا واجد شرایط صحتی کمک بگیرید.

Khmer/Cambodian

អង្គការសុខភាពអាស៊ានស្រុកកម្ពុជា ផ្តល់សេវាបកប្រែសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬជម្រាមដំណើរការ ដោយសេរី និងឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំអង្គការប្រឹក្សាជនមានជំនួញយេនឌ័រកម្ពុជា ទូរស័ព្ទទៅលេខ 855-722-8205 ឬ TTY 711។
យើងទទួលយកការស្នើសុំបន្ថែម។

-

អង្គការសុខភាពអាស៊ានស្រុកកម្ពុជា ផ្តល់សេវាបកប្រែសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬមានលក្ខណៈសម្បត្តិភ្នែកប្រកាន់។

Amharic

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርሶ በሚመረጡት መልኩ ማግኘት ይቻላል። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይቻላል። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ 855-722-8205 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የሪሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

-

ፍቃድ ካለው እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ ድጋፍ ማግኘት ይቻላል።

Swahili

Unaweza kupata mwongozo huu kwa lugha zingine, kwa herufi kubwa, Breli au muundo unaopendelea. Unaweza pia kuomba

pub dawb. Hu 855-722-8205 los sis TTY 711. Peb txais tej kev hu xov tooj rau neeg lag ntseg.

-

Koj yuav tau kev pab los ntawm ib tug kws txhais lus rau tib neeg mob uas muaj ntawv lees paub los sis muaj kev txawj.

Marshallese

Kwomaroñ bōk leta in ilo kajin ko jet, kōn jeje ikkillep, ilo braille ak bar juon wāwein eo emṃanḷok ippaṃ. Kwomaroñ kajjitōk bwe juon ri ukōt en jipañ eok. Ejjeḷok wōṇāān jipañ in. Kaaltok 855-722-8205 ak TTY 711. Kwomaroñ kaaltok in relay.

-

Kwomaroñ bōk jipañ jān juon ri ukōt ekōmālim ak keiie āinwōt ri ukōt in ājmour.

Tagalog

Makukuha mo ang handbook na ito sa iba pang mga wika, malaking letra, Braille, o isang format na gusto mo. Maaari ka ring humingi ng tagapagsalin. Ang tulong na ito ay libre. Tawagan ang 855-722-8205 o TTY 711. Tumatanggap kami ng mga relay call.

-

Makakakuha ka ng tulong mula sa isang sertipikado o kwalipikadong tagapagsalin ng pangangalaga sa kalusugan.

German

Sie können dieses Dokument in anderen Sprachen, in Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Sie können auch einen Dolmetscher anfordern. Diese Hilfe ist gratis.

Wenden Sie sich an 855-722-8205 oder per Schreibtelefon an 711.
Wir nehmen Relaisanrufe an.

-

Sie können die Hilfe eines zertifizierten oder qualifizierten
Dolmetschers für das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen.

Portuguese

Esta carta está disponível em outros idiomas, letras grandes ou
braile, se preferir. Também poderá solicitar serviços de interpretação.
Essa ajuda é gratuita. Ligue para 855-722-8205 ou use o serviço TTY
711. Aceitamos encaminhamentos de chamadas.

-

Você poderá obter a ajuda de intérpretes
credenciados ou qualificados na área de saúde.

Japanese

この書類は、他の言語に翻訳されたもの、拡大文字版、点字版、そ
の他ご希望の様式で入手可能です。また、通訳を依頼することも可
能です。本サービスは無料をご利用いただけます。 855-722-8205ま
たは TTY 711までお電話ください。電話リレーサービスでも構いま
せん。

-

認定または有資格の医療通訳者から支援を受けられます。