

Gracias por ser miembro de Yamhill Community Care, su seguro médico del Plan de Salud de Oregón. Como parte de su equipo de atención, por favor, díganos cómo podemos apoyar su salud. Complete las siguientes preguntas. Devuelve esta encuesta en el sobre que le enviamos, no necesita sello de correos. La gerencia de atención (Care Management) es su punto de contacto para la coordinación de las necesidades de atención y un gerente de atención está disponible para usted y puede llamarlo. Usted también puede llamarnos al 833-257-2191.

Nombre del miembro: _____

número de identificación del miembro: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Idioma preferido: _____

1. ¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente	Regular
Buena	Mal

2. ¿Qué condiciones de salud física siente que afectan su vida diaria?

3. Háblenos de sus dientes, ¿tiene alguna de las siguientes?

- Dolor en la boca Caries



- Le faltan dientes
- Dentadura postiza
- No tengo ninguna de

estas cosas

- Otro: _____

4. Háblenos sobre su estado de ánimo o salud mental. ¿Siente alguna de las siguientes?

- Bajo de ánimo, sin ilusión esperanzas
- No puedo dormir
- Ansiedad o nervios
- Disperso/no puedo

ralentizar mis pensamientos

- No siento ninguna de estas cosas
- Otro

5. ¿Necesita ayuda para encontrar alguno de los siguientes proveedores para que lo ayuden a obtener atención?

- Atención primaria
- Dentista
- Especialista
- Salud mental o Proveedor para consumo de sustancias

- Nombre de su doctor de cabecera (PCP) (Si tiene uno): _____

6. ¿Necesita ayuda con cualquiera de las siguientes actividades (Marque todas las que correspondan)

- Vestirse
- Bañarse
- Caminar
- Comer o preparar comida
- Organizar y tomar



medicamentos

- ¿Qué más desearía compartir? _____

7. ¿Tiene trabajo?

- Sí, a tiempo completo
- Estoy jubilado
- Sí, a medio tiempo
- No, no estoy trabajando en este momento

8. ¿Cuál es su situación de vivienda?

- Solo
- Vivo en comunidad
- No tengo una vivienda estable
- Con mi pareja o familia

9. Por favor, revise los artículos a continuación que no puede comprar cuando los necesita:

- Alimentos, incluyendo verduras y frutas.
- Vivienda (alquiler, hipoteca)
- Servicios públicos (electricidad, gas, agua, etc.)
- Ropa
- Transporte (propio o público)
- Puedo comprar todo lo que necesito
- Otro: _____

10. ¿Toma alcohol?

- Sí
- No



11. ¿Consume tabaco?

- Sí No

12. ¿Tiene alguna preocupación con relación al consumo de sustancias?

- Sí No

13. ¿Tiene alguna otra necesidad relacionada con la audición, un impedimento visual u otra cosa? Por favor, descríbala:_____

14. ¿Cuál de las siguientes lo describe mejor? Por favor, seleccione una respuesta:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asiático o isleño del Pacífico | <input type="radio"/> Blanco o caucásico |
| <input type="radio"/> negro o afroamericano | <input type="radio"/> Multiracial o biracial |
| <input type="radio"/> hispano o latino | <input type="radio"/> Una raza/etnia no enumerada aquí |
| <input type="radio"/> Nativo americano o nativo de Alaska | <input type="radio"/> Prefiero no responder |

15. ¿Es veterano de las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia?

- Sí
 No

Yamhill Community Care
PO Box 5490
Salem, OR 97304
Customer Service: 855-722-8205 TTY 711
www.yamhillcco.org



16. ¿Alguna persona de su familia tiene alguna condición médica en su historial? Si es que sí, por favor, _ díganos qué condición._____

17. La gerencia de atención es gratuita y parte de su cobertura de seguro médico. ¿Con qué desería que lo ayudáramos para obtener el máximo beneficio de su atención de salud?_____

Si tiene alguna pregunta, necesita esto en letra grande, en braille o un idioma diferente, por favor, llámenos de lunes a viernes, de 8 a.m a 5 p.m., al 833-257-2191 (TTY:711).

**Gerencia de atención de YCCO
833-257-2191**