



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

Estimado(a) miembro:

En HealthKeepers, Inc., estamos comprometidos a ayudarles a usted y a su familia a conservar la salud. Esta evaluación de la salud ayudará a informarnos sobre su salud y coordinar su atención de una manera que se adapte a sus necesidades.

Por favor, conteste las preguntas de la mejor manera que pueda. Las respuestas que usted nos dé no serán divulgadas a nadie que no necesite saber esa información. Si tiene preguntas sobre la evaluación o desea completarla por teléfono, por favor, llámenos al 1-844-327-4301 (TTY 711) de 8:30 a.m. a 5 p.m., horario del Este, de lunes a viernes.

Usted puede completar y enviar la evaluación de salud por uno de los siguientes cuatro medios:

1. **Por correo electrónico** - Envíe el formulario completado a MET@anthem.com
2. **Por fax** - Member Engagement Fax: 1-855-211-3701
3. **Por teléfono** - Llámenos al 1-844-327-4301 (TTY 711). Le ayudaremos a completar la evaluación de salud por teléfono de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. horario del Este.
4. **Por Correo** - Complete su evaluación de salud y envíela por correo a la siguiente dirección:
Anthem HealthKeepers Plus
Outreach Department
P.O. Box 27401
Richmond, VA 23268-8708

Evaluación de la salud

Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa a usted o al miembro (si usted está completando el cuestionario para otra persona). Si la pregunta pide completar el espacio en blanco, por favor, escriba su respuesta en el espacio provisto.

Nombre de la persona que está completando la encuesta:

Relación con el o los miembros:

Dirección:

Ciudad:

Estado: Código postal:

Teléfono de casa: ()

Teléfono celular: ()

¿Podemos enviarle mensajes de texto y continuar llamándole a su teléfono celular?

Marque una opción: Sí No

Dirección de correo electrónico:

¿Cuál es el mejor número de teléfono para comunicarnos con usted? Marque una opción:

Casa Celular Otro Si es otro, por favor escriba el número:()

Al darnos este número de teléfono, nos da permiso para llamarlo a este número de teléfono.

Nombre del miembro:

Medicaid o FAMIS ID #:

de ID del miembro de Anthem HealthKeepers Plus (nueve dígitos):

1. ¿Tiene usted un proveedor de atención primaria (PCP) a quien acude cuando está enfermo o necesita chequeos? Sí No
2. ¿Acude a algún especialista con regularidad? Sí No
3. ¿Ha estado en el hospital en el último año o tiene planificada alguna intervención médica en los próximos 60 días? Sí No
4. ¿Está tomando medicinas con receta o de venta libre? Sí No
5. ¿Ha sido diagnosticado con una afección de salud conductual o tiene antecedentes de una afección de salud mental? Sí No
6. ¿Está recibiendo ayuda adicional, como servicios especiales a través de la escuela, atención de enfermería, apoyo diurno o asistencia personal? Sí No
7. ¿Tiene necesidades de atención médica con que le podemos ayudar? Sí No
- 7a. Díganos aquí sobre sus necesidades de atención médica.
8. ¿Tiene otras necesidades de atención médica como asistencia con los medicamentos, equipo médico duradero, etc.? Sí No
- 8a. Díganos aquí sobre cualquier atención médica adicional que necesita.
9. ¿Necesita ayuda para obtener referidos para otros servicios de atención médica o sociales como vivienda, alimentación o ropa? Sí No
- 9a. Por favor díganos aquí sobre cualquier ayuda que requiera con referidos.
10. Solamente para las miembros: ¿Está embarazada? Sí No

Podemos traducir esta información sin costo. Llame al número de Servicios a Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

La información contenida en este documento se proporciona sólo con fines educativos. No debe utilizarse como consejo médico.