

BRAND NEW DAY
ATTN: PROGRAMA REWARDS PLUS
PO BOX 93122
LONG BEACH, CA 90809-9871

brand new day
HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

<MEM_FIRST_NAME> <MEM_LAST_NAME>
<MEM_ADDR1>
<MEM_ADDR2>
<MEM_CITY>, <MEM_STATE> <MEM_ZIP>

<PROCESS_DATE>

2DO INTENTO

Estimado/a <MEM_FIRST_NAME> <MEM_LAST_NAME>,

Medicare pide a todos los planes de salud de Medicare que recojan la información médica de nuestros miembros todos los años. Encuentre adjunto un cuestionario de Evaluación de riesgos para la salud (HRA). En una HRA se le harán muchas preguntas acerca de su salud. Al enviar de vuelta la HRA a Brand New Day, nos ayudará a evaluar su salud y ver cómo está actualmente. Llevamos a cabo esto para poder brindarle un mejor servicio para sus necesidades de atención médica general.

¡Reciba \$10 en su tarjeta Rewards Plus cuando nos envíe su HRA completada! Las HRA se completan anualmente. Envíenos por correo su HRA en el sobre con porte pagado adjunto lo antes posible.

Si necesita asistencia para completar este formulario, podemos ayudarle. Llame a Servicios al miembro de Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm entre el 1 de abril y el 30 de septiembre y los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 am a 8 pm.

Atentamente.

Brand New Day,

Adjunto:

1. Encuesta de Evaluación de riesgos para la salud (HRA)
2. Sobre con porte pagado

EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD (HRA)

ATENCIÓN: SI USTED HA COMPLETADO Y NOS HA ENVIADO ESTE FORMULARIO, NO NECESITA COMPLETARLO DE NUEVO.

Estimado miembro,

Al responder las preguntas siguientes, nos ayudará a encontrar maneras para ayudarle a continuar sintiéndose bien y mejorar su salud. Responda todas las preguntas que pueda y devuelva este formulario en el sobre adjunto con franqueo pagado. **¡Reciba \$10 en su tarjeta Rewards Plus cuando nos envíe su HRA completada!**

MBI N.º	N.º de Id. de MIEMBRO	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	TELÉFONO DE LA CASA	PLAN
<HEALTH_ID>	<MEM_ID>	<EFF_DT>	<PHONE>	<MEDICARE_PBP>
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	
<MEM_FIRST_NAME>	<MEM_LAST_NAME>	<DOB>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
<ADDR1>	<CITY>	<STATE>	<ZIP>	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Autorizo a Brand New Day a enviarme información sobre mi plan

¿Cuál es su método de comunicación preferido? TELÉFONO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SALES AGENT INFORMATION

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

NAME OF STAFF/AGENT/BROKER (print name)

SIGNATURE	DATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

RELATIONSHIP TO ENROLLEE	DATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AGENT PHONE NUMBER	AGENT LICENSE NUMBER	FMO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN A: ATENCIÓN MÉDICA

A1: En general, ¿cómo calificaría su estado de salud? Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo

A2: En los últimos 12 meses, ¿pasó la noche internado como paciente en el hospital?

No 1-2 veces 3-5 veces >6 meses

A3: ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? >5 días 4-3 días 2-1 días Casi nunca Nunca

A4: ¿Cuál es su altura? _____

A5: ¿Cuál es su peso? _____

lbs

A6: Sin quererlo, ¿bajó o subió 10 lb en los últimos seis meses?

Sí No

A7: ¿Recibió una vacuna contra la gripe este año?

Sí No

A8: ¿Recibió una vacuna contra la neumonía?

Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____

A9: ¿Se ha realizado una colonoscopia?

Sí No

Cuándo: _____

Dónde: _____

A10: ¿Está utilizando servicios de atención de la salud en el domicilio?

Sí No

A11: ¿Se ha caído en el último mes?

Sí No

A12: ¿El médico le dijo que tiene alguna de las siguientes afecciones?:

Cáncer Demencia Diabetes/Alto nivel de azúcar en sangre Problemas de salud mental

A13: ¿Su padre, madre, hermana o hermano padece diabetes?

Sí No

A14: En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba por día? _____

A15: ¿Por cuántos años fumó? _____

A16: ¿Actualmente utiliza equipo médico duradero o dispositivos médicos?

Sí No

A17: Si respondió que "sí" a la pregunta A16, especifique qué equipo o dispositivo médico a continuación:

Silla de ruedas Andador Bastón Retrete portátil
 Colchón de presión Cama de hospital Asientos de retrete Pañales
 Máquina de CPAP/Apnea del sueño Oxígeno Silla para baño Catéteres

Otro: _____

A18: ¿A qué medicamentos es alérgico? _____

A19: ¿A veces se olvida de tomar sus medicamentos?

Sí No

A20: ¿Qué medicamentos toma? _____

SECCIÓN B: SALUD CONDUCTUAL

Para **B1** y **B2**, ¿durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia sintió molestias por alguno de los siguientes problemas?

B1: Poco interés o placer al hacer las cosas:

Nada en absoluto Más de la mitad de los días Varios días Casi todos los días

B2: ¿Se sintió triste, deprimido o sin esperanza?:

Nada en absoluto Más de la mitad de los días Varios días Casi todos los días

B3: ¿Sus familiares o amigos están preocupados por su memoria?

Sí No

B4: ¿Alguna vez asistió a una reunión de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos?

Sí No

B5: ¿Se encuentra actualmente en recuperación por consumo de alcohol o de sustancias?

Sí No

Alcohol:

Una bebida =



12 oz
Cerveza



5 oz
Vino



1.5 oz. licor
(un vaso)

Ninguna 1 o más

B6: Hombres: ¿Cuántas veces durante el último año tomó 5 bebidas o más en un día?

B7: Mujeres: ¿Cuántas veces durante el último año tomó 4 bebidas o más en un día?

Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (anfeta, cristal), cannabis (marihuana, hierba), inhalantes (diluyente de pintura, aerosol, pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

Ninguna 1 o más

B8: ¿Cuántas veces durante el último año consumió una droga recreativa o utilizó un medicamento con receta médica por motivos no médicos?

B9: ¿Qué tan a menudo siente que le falta compañía?

Casi nunca Algunas veces A menudo

B10: ¿Qué tan a menudo se siente excluido/a?

Casi nunca Algunas veces A menudo

B11: ¿Qué tan a menudo se siente aislado/a de los demás?

Casi nunca Algunas veces A menudo

SECCIÓN C: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

C1: Usted: ¿Ronca? ¿Deja de respirar mientras duerme? N/C

C2: ¿Su somnolencia generó alguna vez lo siguiente?: Un accidente automovilístico Un cuasiaccidente durante la conducción N/C

C3: Durante la noche, ¿le sucede lo siguiente?

- Se despierta jadeando o ahogado
- Se despierta con frecuencia
- Se despierta para ir al baño
- N/C

C4: Durante el día, ¿le sucede lo siguiente?

- Se siente somnoliento o se queda dormido sin querer
- Tiene dolores de cabeza durante la mañana
- Tiene dificultad con la memoria o la concentración
- N/C

C5: ¿Dónde vive?

- Una casa independiente, un apartamento, bloque de apartamentos o casa rodante
- Un apartamento de vida asistida o un hogar de albergue y cuidado
- Un asilo de ancianos
- N/C

C6: ¿Con quién vive?

C7: ¿Hay algún amigo, familiar o vecino que podría cuidarlo algunos días si fuera necesario?

Sí No **NOMBRE:** **TELÉFONO:**

C8: ¿Tiene transporte para ir y regresar de sus citas con el médico? Sí No

C9: ¿Tiene una directriz anticipada? Sí No

C10: ¿Tiene una POLST (orden del médico para el tratamiento de sostenimiento de vida)? Sí No

SECCIÓN D: EVALUACIÓN FUNCIONAL**D1: BAÑARSE**

Se baña solo completamente o necesita ayuda para lavarse una sola parte del cuerpo 1
Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y para entrar y salir de la bañera 0

D2: VESTIRSE

Quita la ropa del ropero y los cajones y se pone la ropa con los broches; puede requerir ayuda para atarse los cordones 1
Necesita ayuda para vestirse o necesita que lo vistan por completo 0

D3: USO DEL BAÑO

Va al baño, se sienta y se levanta del retrete, se arregla la ropa y se limpia la zona genital sin ayuda 1
Necesita ayuda para sentarse en el retrete y para limpiarse o utiliza una bacinilla o un retrete portátil 0

D4: TRASLADARSE

Se sube y se baja de la cama o de la silla sin asistencia (las ayudas mecánicas para el traslado son aceptables) 1
Necesita ayuda para moverse de la cama a la silla o requiere un traslado completo 0

D5: CONTINENCIA

Ejerce un autocontrol total sobre la micción y la defecación 1
Es parcial o totalmente incontinente del intestino o la vejiga 0

D6: ALIMENTARSE

Lleva los alimentos del plato a la boca sin ayuda (La preparación de las comidas puede ser realizada por otra persona) 1
Necesita ayuda parcial o total para alimentarse o requiere alimentación parenteral 0

TOTAL DE PUNTOS