



Abrazo Advantage Health Plan (HMO)

An Affiliate of Abrazo Health Care

Nombre del miembro:	Fecha:	Telefono:
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento:	

Si tiene preguntas por favor llame los servicios de miembro en 602-824-3900 o 1-888-864-1114. Las personas con deficiencias auditivas pueden comunicarse al telefono TTY: 1-800-842-4681. Estamos disponible siete días por semana, 8:00 de la mañana a 8:00 de la tarde.

- En general, mi estado de salud es:
 Excelente Muy bueno Bueno Regular Deficiente
- La última vez que visité a mi médico de cuidado fue:
 Entre 1-6 meses atrás Entre 6-12 meses atrás Más de un año atrás
- En los últimos 12 meses he sido paciente del hospital:
 Nunca Una vez 2 ó 3 veces 4 ó 6 veces Más de 6 veces
- En los últimos 12 meses he sido paciente del servicio de urgencias:
 Nunca Una vez 2 ó 3 veces 4 ó 6 veces Más de 6 veces
- En los últimos 12 meses he padecido:
 Mareos Dolor torácico Problemas urinarios
 Dolor en las articulaciones Caídas Mucha sed
- Mi médico me ha dicho que padezco:
 Arteriopatía coronaria Enfermedad cardiorrespiratoria Insuficiencia cardíaca congestiva
 Diabetes Asma
- ¿Tiene usted?
 Atención o concentración dañadas Pérdida de memoria
 Cambios de personalidad La falta de coordinación
- Apoyo social:
Hay alguien disponible a mi si deseo o necesito ayuda: Sí No
Yo Vivo: Solo En pareja En familia Otro
- Durante el último mes:
 Me he sentido decaído, deprimido o triste
 He tenido poco interés o gusto al hacer las cosas
 Tengo problemas con la confusión, con procesos mentales, o con el pensamiento
- ¿Esta recibiendo algunos servicios de sanidad conductista/mental en este momento? Sí No
Si su respuesta es negativa, ¿Tiene interés en recibir estos servicios? Sí No
- ¿Soy fumador? No Sí, y podría dejar de fumar Sí, pero no estoy listo para dejar de fumar
- Indique todos los medicamentos que toma ahora:

- Su historia medico incluye: _____

- ¿Estoy embarazada ahora? Sí No Fecha probable de parto _____