



Abrazo Advantage Health Plan

An Affiliate of Abrazo Health Care

Member Name: _____

Date: _____ Telephone: _____

Member ID: _____

Date of Birth: _____

If you speak Spanish please contact member services at 602-824-3700 or 1-800-747-7997

TTY: 602-824-3909 or 1-800-489-1472

1 In general my health is:

Excellent Very Good Good Fair Poor

2 The last time I saw my primary care doctor was?

1-6 months ago 6-12 months ago More then 1 year ago

3 In the last 12 months I have been a patient in the hospital:

Not at all One time 2-3 times 4-6 times More then 6 times

4 In the last 12 months I have been a patient in the emergency room

Not at all One time 2-3 times 4-6 times More then 6 times

5 In the last 12 months I have been bothered by?

Headache Stomach ache Dizziness Eating problems Skin problems
 Chest pain Urinary problems Asthma Joint pain Backache
 Foot trouble Trouble sleeping Falling Very thirsty

6 My doctor has told me I have problems with:

High blood pressure Heart trouble Diabetes Arthritis Asthma
 Breathing problems Obesity

7 Social Support:

There is someone available to me if I want or need help: yes no

I live: Alone Partner Spouse Extended family Other

8 Over the last three months i have often felt:

Anxious Depressed Helpless Hopeless

9 Are you receiving any behavioral/mental health services at this time? yes no

If you are not, then are you interested in receiving these services? yes no

10 Am I a smoker? no yes and I might quit yes, but I am not ready to quit

11 Tell me about your medications:

Are you on 5 or more prescribed medicines (Your doctor gave you a prescription). If so please list:

12 I have challenges with: Transportation Vision Hearing Moving Around

13 I learn best by? Reading Being talked to Being shown how

14 I am now pregnant? Yes No Date Expecting _____



Abrazo Advantage Health Plan

An Affiliate of Abrazo Health Care

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

Si habla español, sírvase llamar a servicios para miembros, al 602-824-3700 ó al 1-800-747-7997
TTY: 602-824-3909 ó 1-800-489-1472

1 En general, mi salud es:
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2 La última vez que consulté con mi médico de atención primaria fue
 Hace 1 a 6 meses Hace 6 a 12 meses Hace más de un año

3 En los últimos 12 meses he estado hospitalizado(a):
 Nunca Una vez 2 a 3 veces 4 a 6 veces Más de 6 veces

4 En los últimos 12 meses he acudido como paciente a la sala de emergencia
 Nunca Una vez 2 a 3 veces 4 a 6 veces Más de 6 veces

5 En los últimos 12 meses he tenido los siguientes problemas de salud
 Dolor de cabeza Dolor de estómago Mareos Problemas alimenticios
 Problemas de la piel Dolor de pecho Problemas urinarios Asma
 Dolor de las articulaciones Dolor de espalda Problemas con las pies
 Dificultad para dormir Caídas Mucha sed

6 El médico me ha dicho que tengo los siguientes problemas:
 Presión arterial alta Problema cardiaco Diabetes Artritis Asma
 Problemas respiratorios Obesidad

7 Apoyo social:
Hay alguien disponible para mí si deseo o necesito ayuda: Sí no
Vivo: Solo Compañero(a) o con cónyuge Con la familia ampliada Otro

8 Sobre los últimos tres meses a menudo me siento:
 Ansioso(a) Deprimido(a) Impotente Desesperado

9 Esta usted recibiendo algunos servicios de conducta/salud mental en esta momento?
 Sí No
¿Si usted no esta, entonces esta usted interesado en recibir estos servicios?
 Sí No

10 ¿Fuma usted? no sí y posiblemente deje de hacerlo
 Sí, pero no estoy preparado(a) para dejar de fumar

11 Indique los medicamentos que toma:
¿Toma usted 5 o más medicamentos con receta? (el médico le ha dado una receta). En caso afirmativo, sírvase enumerarlos:

12 Tengo dificultad:
 Para transportarme Con la vista Con la audición Para movilizarme

13 Aprendo mejor
 Leyendo Escuchando Cuando me enseñan cómo hacer algo

14 ¿Está embarazada?
 Sí No Fecha esperada de alumbramiento _____