

Attachment 1: HRS Questionnaire

Member's Name: _____

Telephone number _____

Date completed _____

HRS Questionnaire

Thanks for taking your time to complete this questionnaire. Welcome to American Health Medicare, your new health plan. In order to serve you better, we would like to ask you a few questions about your health. This information will be kept confidential and will not affect your coverage in any way.

1) ¿Do you have any of the following conditions? Check all that would apply

_____ Diabetes

_____ Cardiac disease

_____ Cancer

_____ Pulmonary disease

2) In the last year, how many times have you been to the emergency room?

3) How many medications are you currently taking?

4) Are you able to complete your daily activities, such as bathing, cooking, getting dressed, combing your hair, etc. without help? Check the correct answer

_____ Yes

_____ No

5) Are you able to leave your home without help? Please, check the correct answer.

_____ Yes

_____ No

6) Do you use any medical equipment such as an electric bed, oxygen, motorized wheelchair, respiratory therapy, or others? Please, check the correct answer.

_____ Yes

_____ No

(Please, go to the next page)

7) Do you receive services in your home such as nursing, physical therapy, or the services of another home therapist? Please, check the correct answer.

TITLE: Transition Plan and Health Risk Screening

Yes

No

8) In the past year, have you felt depressed or hopeless? Please check the correct answer.

Yes

No

9) Please describe your overall health by checking one of the following :

Excellent

Good

Average

Poor

10) What type of residence you do currently live in? Please check the correct answer:

Alone in your own home Relatives' home

Accompanied in your own home (by spouse or other relatives)

Retirement home

Thank you for your help with these important questions. We also want to remind you that it is important for your health that you annually verify your blood sugar levels and receive vaccines against the flu and pneumonia. It is important that you also you receive annual cancer screening exams, such as colonoscopy, mammography, and a prostate exam. We have a Health Line available 24 hours per day to help you care for your health, the number is 1-800-999-6200. If you need to speak with us, please call our Customer Service Department at 1-888-620-1919. Again, that number is 1-888-620-1919 Thank you for your help with these important questions. We also want to remind you that it is important for your health that you annually verify your blood sugar levels and receive vaccines against the flu and pneumonia. It is important that you also you receive annual cancer screening exams, such as colonoscopy, mamography, and a prostate exam. We have a HealthLine available 24 hours per day to help you care for your health, the number is 1-800-999-6200. If you need to speak with us, please call our Customer Service Department at 1-888-620-1919. Again, that number is 1-888-620-1919. Have a great day, goodbye.

Attachment 1: HRSQ Questionnaire (Spanish ver)

Nombre: _____

De Teléfono: _____

Fecha: _____

Formulario de HRS

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario. Bienvenido a American Health Medicare su nuevo plan de salud. Para poder servirle de la mejor manera posible es importante hacerle unas cuantas preguntas sobre su salud. Esta información será confidencial y no reducirá su cobertura de salud de ninguna manera.

11) ¿Padece de las siguientes condiciones de salud? Marque con una X en la respuesta o las respuestas correctas.

_____ Diabetes

_____ Problemas del Corazón

_____ Cáncer

_____ Condiciones Pulmonares

12) En el último año, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias? Escriba en el espacio provisto el número de veces que fue a la sala de emergencias en el último año.

13) ¿Cuántos medicamentos esta tomando? Escriba en el espacio provisto el número de medicamentos que actualmente esta tomando.

14) ¿Puede realizar sus actividades del diario vivir como por ejemplo: bañarse, peinarse, vestirse, preparar su comida, etc. sin ayuda? Marque con una X en la respuesta correcta.

_____ Si

_____ No

15) ¿Puede salir de su hogar sin ayuda? Marque con una X en la respuesta correcta.

_____ Si

_____ No

Favor de continuar en la parte de atrás.

16) ¿Usa algún equipo médico como por ejemplo: cama eléctrica, oxígeno, silla de ruedas motorizada, terapia respiratoria, u otros? Marque con una X en la respuesta correcta.

TITLE: Transition Plan and Health Risk Screening

_____ Si

_____ No

17) ¿Recibe servicio de salud en el hogar tal como enfermería, terapia física, o los servicios de otro profesional que le visite en el hogar? Marque con una X en la respuesta correcta.

_____ Si

_____ No

18) En el último año, ¿se ha sentido deprimido o sin esperanzas? Marque con una X en la respuesta correcta.

_____ Si

_____ No

19) ¿Cómo describiría su estado de salud actual? Marque con una X en la respuesta correcta.

_____ Excelente

_____ Bueno

_____ Regular

_____ Malo

20) ¿Con quien vive ahora mismo? Marque con una X en la respuesta correcta. Si vive solo en su propia casa marque "solo"; si vive en su propia casa acompañado por hijos o esposa marque "acompañado"; si vive en casa de uno de sus familiares marque "familiares"; o si vive en un hogar de ancianos marque "hogar de ancianos".

_____ Solo

_____ Acompañado

_____ Familiares

_____ Hogar de Ancianos

Gracias por su ayuda en responder estas preguntas importantes. Le recordamos que es importante para su salud verificar anualmente sus niveles de azúcar en sangre y vacunarse contra la influenza y la pulmonía por neumococo. También es importante realizarse exámenes anualmente para la detección temprana de cáncer tales como colonoscopia, mamografía o examen de la próstata. Contamos con una Línea de Salud a la cual usted puede llamar las 24 horas del día para ayudarlo a cuidar su salud; este número es el 1 888 620 1515. Si necesita hablar con nosotros favor contactar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente llamando al 1 888 620 1919. Nuevamente gracias por su tiempo.