

Bienvenido a True Health New Mexico. Nos gustaría trabajar con usted para conocer sus necesidades médicas específicas y guiarlo hacia todos los servicios médicos y proveedores de True Health New Mexico que pueda necesitar. Necesitamos su ayuda a elaborar el plan para su salud.

Para comenzar, necesitamos saber algunas cosas acerca de usted. De ser necesario, usaremos las respuestas a las preguntas de abajo para que sean recursos destinados a usted. Complete esta pequeña encuesta y envíenla a: Healthy Checkup

True Health New Mexico

P.O. Box 36719 Albuquerque, NM 87176

O por fax a: 866-628-3047, atención: Medical Management

Nombre:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nro. de Identificación de afiliado (se encuentra en su Tarjeta de identificación):	
Método de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono:	<input type="checkbox"/> Correo electrónico:
¿Cómo evalúa su condición de salud general? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	
¿Está embarazada en este momento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha esperada de parto:
¿Tiene un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del PCP:
¿Sufrir usted de una o más de estas condiciones? Marcar todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Tratamiento actual del cáncer <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Problemas óseos, articulares o musculares	
¿Cuántos medicamentos recetados diferentes toma? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
¿Se ha quedado internado una noche en un hospital en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Especifique la razón (las razones) de la(s) consulta(s):	
¿Necesitó ir a una sala de emergencias en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Especifique la razón (las razones) de la(s) consulta(s):	
¿Tiene algún problema de salud que le impida hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden hacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Especificar:	
¿Hay algo más que deberíamos saber sobre usted que nos ayudará a cuidar de su salud?	

¡Tomó un primer paso muy importante para cuidar su salud! Gracias por tomarse el tiempo para ofrecernos esta información. Somos un tipo diferente de empresa de seguro de salud y nos mantendremos en contacto con usted para comentarle sobre programas y recursos que podrían resultar beneficiosos para usted y su salud.

¡Mantengámonos sanos y comunicados!