



c/o Member Services  
P.O Box 3836  
Scranton, PA 18505

Estimado asegurado:

La cobertura médica Blue Cross Community Health Plans es ofrecida por Blue Cross and Blue Shield of Illinois. En este correo se incluye una Evaluación de riesgos de salud. Esto puede ayudarnos a medida que trabajamos con usted para entender mejor:

- el tipo de elecciones de salud que hace;
- si tiene algún riesgo de salud;
- si está listo para cambiar sus hábitos de salud.

La Evaluación de riesgos de salud para adultos es para asegurados mayores de 21 años.

Su salud es importante para nosotros. Dedique unos minutos para completar las Evaluaciones de riesgos de salud. Puede enviarnos los formularios por correo postal en el sobre con franqueo pagado incluido en este kit para asegurados.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nuestros coordinadores de servicios médicos llamando al 1-877-723-7702; (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del centro). La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta adicional, llame a Atención al Asegurado de Blue Cross Community MMAI al 1-877-723-7702 (TTY: 711). Atención disponible los siete (7) días de la semana. Nuestro centro de atención telefónica está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del centro. Para los fines de semana y días feriados federales, está disponible el servicio de mensajes de voz. Si deja un mensaje de voz, un representante de Atención al Asegurado le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Atentamente,

Blue Cross Community MMAI  
Número de teléfono: 1-877-723-7702  
(TTY: 711)  
Número de fax: 1-866-643-7069

## Evaluación de riesgos de salud (adultos)

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido del asegurado: \_\_\_\_\_

Número de asegurado (que figura en el frente de la tarjeta de asegurado):

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario (si no es el asegurado) y parentesco:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Mejor horario para llamar: Mañana-Tarde-Noche

Fecha de finalización (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

\*Elija "No" para las preguntas que no corresponden.

1. En general, ¿usted diría que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?
  - Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
  
2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha pasado la noche en un hospital como paciente?
  - Ninguna vez
  - Una vez
  - Dos o tres veces
  - Más de tres veces
  
3. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos tres meses por un problema de salud mental o de consumo de sustancias?
  - Sí
  - No

4. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue a una consulta médica al consultorio o a una clínica?
- Ninguna vez
  - Una vez
  - Dos o tres veces
  - De cuatro a seis veces
  - Más de seis veces
5. Si es mujer, ¿actualmente está embarazada?
- Sí
  - No
  - No corresponde
6. Si actualmente está embarazada, ¿cuál es su fecha de parto?
- Fecha \_\_\_\_\_
  - Desconocida
7. ¿Le han diagnosticado o está recibiendo tratamiento para alguno de los siguientes problemas médicos?  
(Marque todas las opciones que correspondan)
- Enfermedad o problemas renales
  - Problemas respiratorios como:
    - Asma
    - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (COPD, en inglés)
    - Ambos
    - Otro
  - Diabetes
  - Problemas cardíacos como:
    - Insuficiencia cardíaca congestiva
    - Arteriopatía coronaria
    - Ambos
  - Cáncer
  - Problemas urinarios
  - Presión arterial alta
  - Problemas de visión o de la vista
  - Problemas auditivos

- Otro
  - Problemas de salud mental
    - Depresión
    - Ansiedad
    - Trastorno bipolar
    - Esquizofrenia
    - Trastorno por abuso de sustancias
8. ¿Está tomando medicamentos recetados para alguno de los problemas médicos mencionados anteriormente?
- Sí
  - No
9. ¿Necesita ayuda con alguna actividad diaria? (Marque todas las opciones que correspondan)
- Bañarse
  - Vestirse
  - Ir al baño/usar el baño
  - Comer/preparar alimentos
  - Tomar medicamentos
  - Ninguno
10. Al pensar en su situación de vida actual, diría:
- Tengo un lugar estable para vivir.
  - Tengo un lugar estable para vivir hoy, pero me preocupa perder mi vivienda en el futuro.
  - No tengo un lugar estable para vivir.
11. ¿Tiene acceso a lo siguiente? (Marque todas las opciones que correspondan)
- Transporte
  - Medicamento
  - Alimentos
  - Ninguno

Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan). HCSC es una cobertura médica que tiene contratos tanto con Medicare como con Illinois Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
  - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
  - intérpretes capacitados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no le proporcionó estos servicios o que le discriminó de alguna otra manera por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar su inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960. Puede presentar una inconformidad por teléfono, correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-723-7702 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-723-7702 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-723-7702 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-723-7702 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-723-7702 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-723-7702 (TTY :711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-723-7702 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-723-7702 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-723-7702 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-723-7702 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-723-7702 (TTY:711). سنقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-723-7702 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोड़ता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-723-7702 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-723-7702 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-723-7702 (TTY :711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-723-7702 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-723-7702 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。