



# Evaluación de Riesgo de Salud

Triple S Medicare Óptimo (PPO), Óptimo Plus (PPO), Óptimo Premier (HMO),  
Óptimo Select (HMO), Óptimo Novel (HMO/POS) y Selecto Platino (HMO/SNP) Alternativas I y II

## CONFIDENCIAL

- Favor de completar esta Evaluación de Riesgo de Salud y envíenosla por correo utilizando el sobre pre-dirigido y pre-pagado adjunto.
- La siguiente información se mantendrá en la más estricta confidencia y nos ayudará a evaluar y acomodar sus necesidades particulares de cuidado de salud.
- Si requiere de asistencia para llenar este cuestionario o tiene preguntas acerca del contenido del mismo, favor de llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente a:

**(787) 774-6083** (Metro)

**1(800) 510-0722** (Libre de cargos, Isla)

**TTY (787) 749-4059** (Metro)

**1(800) 383-4457** (Libre de cargos, Isla)

### SU INFORMACIÓN PERSONAL

<b>ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU NOMBRE COMPLETO</b>			<b>FECHA DE HOY</b>		
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	DÍA	MES	AÑO
NÚMERO DE CONTRATO CON TRIPLE-S SALUD			FECHA DE NACIMIENTO		
MEDICARE ÓPTIMO		MEDICARE ÓPTIMO SELECT		DÍA	
MEDICARE ÓPTIMO PLUS		MEDICARE SELECTO PLATINO		MES	
MEDICARE ÓPTIMO PREMIER		AÑO			
MEDICARE ÓPTIMO GRUPAL _____					
<b>ZUM/S</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Nombre de su Médico Primario (PCP) o Médico de Cabecera					
Dirección de su Médico Primario (PCP) o Médico de Cabecera					
Teléfono de su Médico Primario (PCP) o Médico de Cabecera			(   )		
Nombre de la Farmacia que le despacha la mayoría de sus recetas					
Dirección (y/o Teléfono) de la Farmacia					
¿Tiene usted algún tipo de preocupación que pueda interferir con su cuidado de salud, tal como: raza, religión, económica o incapacidad?					

**EN CASO DE EMERGENCIA, ¿A QUIÉN DEBEMOS CONTACTAR?**

Nombre		Parentesco	
Dirección			
Teléfono (Día)	( )	Teléfono (noche)	( )

**SU HISTORIAL MÉDICO**

**1a. ¿Padece usted de alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todos los que apliquen.**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| Diabetes                                       | Presión alta (hipertensión)  |
| Problemas del corazón                          | Infarto cerebral             |
| Asma   | Cáncer                       |
| Problemas estomacales o estreñimiento          | Problemas urinarios (vejiga) |
| Fallo congestivo del corazón (fallo cardíaco)  | Hepatitis C                  |
| Colesterol alto (hiperlipidemia)               | Triglicéridos Altos          |
| HIV o SIDA                                     | Problemas de circulación     |
| Otras condiciones de salud (especifique) _____ |                              |

**1b. ¿Es usted alérgico a alguna de las siguientes? Marque todas las que apliquen.**

- Aspirina      Penicilina      Sulfa      Otras (especifique) \_\_\_\_\_

**2. ¿Recibe usted regularmente alguno de estos tratamientos especiales?**

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Inyecciones             | Alimentación por tubo   |
| Cambio de vendajes      | Quimioterapia de Cáncer |
| Cuidado de traqueotomía | Cuidado de Catéter      |
| Cuidado de Ostomía      | Otro _____              |
| Oxígeno                 | _____                   |

**3. Enumere los medicamentos que usted utiliza actualmente:**

Nombre del Medicamento      ¿Para qué condición de salud?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## SU HISTORIAL MÉDICO (continuación)

**4. Durante los pasados 12 meses, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios de cuidado de salud?**

Cuidado hospitalario	Cuidado de Emergencia	Centro de rehabilitación
Asilo o facilidad de convalecencia	Tratamiento por terapeuta (físico, ocupacional o del habla)	Trabajador social
Servicios de visitas de enfermeras	Ama de llaves	Ayuda para transportación
Cuidado diurno para adultos	Otro	

**5. Por causa de incapacidad o problema de salud, ¿necesita usted ayuda con alguno de los siguientes?**

Utilizar el inodoro	Bañarse	Vestirse
Comer	Caminar	Levantarse de la cama
Preparar alimentos	Realizar compra de alimentos	Realizar tareas del hogar
Administrar dinero	Tomar medicamentos	Utilizar el teléfono
Usar silla de ruedas	Otro	

**6. Comparado con otras personas de su edad, ¿cómo clasificaría su salud? Marque solo una.**

Excelente                      Buena                                      Regular                                      Pobre

**7. ¿Cuál es su estado de vivienda actual?**

Vive solo(a)                                      Vive con su cónyuge  
Vive con hijos                                      Vive con otro(s) familiar(es)

**8. ¿Existe algún otro dato que usted desea que nosotros conozcamos sobre usted?**

Por favor, continúe al dorso ⇨

¿Existe algún otro dato que usted desea que nosotros conozcamos sobre usted? (continuación)

Certifico que la información provista es veraz, completa y precisa.

Su firma

Fecha

Si el asegurado no puede firmar, el tutor legal o representante autorizado debe firmar la próxima línea.

Firma del tutor legal o representante autorizado, si aplica

Fecha

Si alguien ayudó al asegurado a completar este formulario, con excepción del tutor legal o representante autorizado, la persona deberá firmar en la siguiente línea

Firma de la persona que ayudó a completar el formulario.

Relación con el asegurado

Fecha

**Favor de devolver el formulario a:**

Triple-S Salud  
Departamento de Servicio al Cliente  
PO Box 363628  
San Juan, PR 00936-3628

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente a:**

**(787) 774-6083** (Metro)

**1(800) 510-0722** (Libre de cargos, Isla)

**TTY (787) 749-4059** (Metro)

**1(800) 383-4457** (Libre de cargos, Isla)