

Su folleto del Formulario de información médica



Reciba Atención de Salud y Servicios Adicionales Cuando los Necesite

COMPLETE HOY EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Health Net tiene programas y servicios especiales de salud para miembros de Medi-Cal como usted. Por eso diseñamos nuestro Formulario de información médica para poder comprender mejor sus necesidades de atención de salud.

El formulario le permite compartir su historial médico y también contarnos cómo se siente. Usamos esta información para poder brindarle **atención y servicios adicionales** cuando los necesite. Trate de responder todas las preguntas. Si necesita ayuda para completar el formulario, llame sin cargo a Servicios al Afiliado **1-800-675-6110 (TTY: 711), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**

Complete hoy el Formulario de información médica.

Para completarlo y enviarlo en línea, siga estos pasos:

1. Visite <https://member.medi-cal.healthnet.com/>.
2. **Inicie sesión en su cuenta de afiliado en línea.**
Si no tiene una cuenta, haga clic en “Create New Account” (Crear cuenta nueva)
3. En la pantalla de inicio de su portal del afiliado, desplácese hasta la sección **Medical Information (Información médica)** y haga clic en *Health Forms*.
4. Seleccione “**Health Information Form**” (por sus siglas en inglés, HIF), (**Formulario de información médica**) complete el formulario y envíelo.



¿Necesita ayuda?

Llame a Servicios al Afiliado (sin cargo): 1-800-675-6110 (TTY: 711), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O visítenos en línea en:
www.healthnet.com

Escanee este código QR para iniciar sesión y completar su formulario de información médica.

Complete y envíe por correo el formulario de información médica.

Para completarlo y enviarlo por correo, siga estos pasos:

1. **Complete el formulario.**
2. **Ponga el formulario en el sobre adjunto marcado como “Formulación de información médica”.**

(Vea la imagen de ejemplo)

No necesita estampillas si usa este sobre.

Envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:

Medical Management Notifications
PO BOX 2010
Farmington MO 63640-9706

3. **Envíe el formulario por correo.**

Enviar su formulario es el primer paso para obtener la atención médica adecuada.



Comuníquese con Servicios al Afiliado cuando necesite lo siguiente:

- Ayuda para completar su formulario de información médica
- Servicios de salud mental
- Respuestas a sus preguntas sobre su atención médica

No sufra solo. Estamos para ayudarle.

Health Net también puede ayudarle si se siente estresado, ansioso o si necesita apoyo cuando:

- Tiene problemas en su casa, en el trabajo o con amigos o familiares
- Se siente triste, enojado o preocupado
- Tiene dificultades con el consumo de drogas o alcohol

Si necesita ayuda, **contamos con especialistas con quienes puede hablar de inmediato**. Si quiere, pueden ayudarle a conseguir una cita **sin costo con un terapeuta de nuestra red**.

Además, coordinamos el transporte gratuito a la cita con su terapeuta.



Su información médica es confidencial

Solo usaremos la información incluida en este formulario para ayudarle a obtener servicios de atención de salud. Puede encontrar más información sobre privacidad en la sección Aviso de Prácticas de Privacidad del Manual del Afiliado. O bien, puede llamar a Servicios al Afiliado.



health net. FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Completar este formulario es voluntario. No se le negará la atención en función de sus respuestas. Sus respuestas son confidenciales. Este formulario nos ayudará a ponerle en contacto con los servicios y la asistencia adecuados.

*Indica respuesta obligatoria

Nombre del afiliado a Health Net (Apellido y nombre)

Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

*Número de ident. de Medi-Cal:

Correo electrónico:

Nombre y pronombre que prefiere:

1. ¿Cómo calificaría su salud? Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2. ¿Cuál es su altura (en pies/pulgadas)?

Pies 2 3 4 5 6 7 No sabe

Pulgadas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 No sabe

3. ¿Cuál es su peso (en libras)?

4. ¿Tiene un médico o proveedor de atención de salud? Sí No

5. ¿Ha visitado a su médico o proveedor de atención de salud en los últimos 6 meses? Sí No

6. ¿Cuántas veces acudió al hospital en los últimos 6 meses?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco veces o más

7. ¿Cuántas veces acudió al departamento de emergencias en los últimos 6 meses?

Nunca Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces Cinco veces o más

8. ¿Cuántos medicamentos recetados por su médico o proveedor de atención de salud toma?

0 1 a 3 4 a 7 8 a 14 15 o más

9. ¿Se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses? Sí No

10. ¿Acude al médico por alguna enfermedad crónica? Sí No

En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: Asma/Problemas pulmonares Problemas cardíacos VIH o sida

Diabetes Enfermedad renal Convulsiones Otro

11. ¿Necesita ver a un médico en los próximos 60 días? Sí No

12. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? Sí No

13. ¿Ha tenido dolor dental en el último mes? Sí No

14. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó al dentista o una clínica dental por cualquier motivo?

Menos de 12 meses Más de 12 meses

15. ¿Le gustaría trabajar con personal de enfermería, un trabajador social, un trabajador comunitario de salud o una promotora para planificar su atención de salud?

Sí No

16. ¿Alguna vez ha tenido problemas para transportarse a sus citas médicas? Sí No
17. ¿Tiene problema para concertar citas con su médico? Sí No
18. ¿Tiene problemas para conseguir sus medicamentos recetados? Sí No
19. ¿Utiliza equipos o suministros médicos, como camas de hospital, sillas de ruedas, andadores, oxígeno o bolsas de ostomía?
 Sí No
20. ¿Tienes alguna condición que limite sus actividades o lo que puede hacer? Sí No
21. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal, como bañarse, vestirse o cambiarse vendajes en los últimos seis (6) meses?
 Sí No
22. ¿Está cursando un embarazo? Sí No
- 22a. Si lo está, ¿se atiende actualmente con un médico debido al embarazo? Sí No
- 22b. ¿Tiene previsto quedarse embarazada en los próximos 12 meses? Sí No
23. ¿Acude regularmente al médico por un trastorno de salud mental como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia? Sí No
24. Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo/a? (Marque una opción)
 Nunca me siento solo/a Menos de 5 días Entre 5 y 15 días
 Más de la mitad de los días (más de 15 días) Casi todos los días; siempre me siento solo/a
25. ¿En dónde vive? (Marque todas las opciones que correspondan) Casa Complejo de apartamentos Centro de alojamiento y cuidados
 Centro de tratamiento residencial Centro de atención residencial Hogar de ancianos
 Vivienda con apoyo permanente Vivienda protegida Actualmente sin hogar Otro
26. ¿Le preocupa perder su vivienda? Sí No
27. ¿Con quién vive? Solo/a Con mi cónyuge o pareja Con un cuidador
 Con mis hijos, familiares o amigos Con otros residentes del centro o programa
28. En los últimos 3 meses, ¿le ha preocupado quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?
 Sí No
29. En los últimos 12 meses, ¿la compañía eléctrica, de gas, combustible o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar? Sí No
30. Health Net ofrece beneficios para apoyar a las personas involucradas en procesos judiciales o que se reincorporan a la comunidad. En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil? Sí No
31. Responder a la siguiente pregunta nos ayudará a cuidar mejor de su salud y bienestar de una manera respetuosa. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? (marque una opción en cada renglón)
- A. Heterosexual Lesbiana Gay Bisexual Otro No sé/Lo estoy dudando
- B. Hombre Mujer Transgénero (masculino) Transgénero (femenino) No binario Otro

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, comuníquese con Servicios al Afiliado de Health Net al número gratuito 1-800-675-6110 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com

Health Net Community Solutions, Inc. Es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

Revisado el 19/08/2025
FRM2122351SCO1w_Spanish

Comuníquese con nosotros para obtener más información:

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

Servicios al Afiliado: sin cargo al 1-800-675-6110 (TTY: 711), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

www.healthnet.com



Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

BKT066073SP00 (6/25)