

FHP – Health Assessment – Market Place Members

You have recently enrolled in Friday Health Plans. We want to ensure that you have no lapse of medical care or services that you may be receiving at this time. In order to ensure coordination of your care as you change to our insurance plan, please answer the following questions and return to us. You can mail, email, or fax this form to the following: Attn: Medical Department, 700 Main Street, Alamosa, CO 81101 – Fax: 719-589-4901, E-mail: Medical@fridayhealthplans.com or Call 719-589-3696 to complete over the phone.

Please complete the following information:

Date:

Member name:

DOB:

Phone#:

Responsible Party, if applicable (Parent/Guardian):

Primary Care Provider (MD, DO, PA, NP):

Please list any other providers, other than your Primary Care Provider, who provides specialty care/services, or to whom you need a referral:

Have you been told you/(your child) have/(has), or do you have any concerns with the following conditions?

Yes No

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Heart Problems | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures | <input type="checkbox"/> Chronic Pain | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure |
| <input type="checkbox"/> Mental or Behavioral Health Conditions | <input type="checkbox"/> Other Health Conditions: | | |

If Yes, Do you need help managing these health conditions?

Yes No

If Yes, what kind of help? Health information and education

Finding a Provider

Medication management

Other health care needs:

In the past 12 months, how many times has the member gone to the emergency room? None 1 – 3 4 or more

In the past 12 months, how many times has the member been hospitalized? None 1 – 3 4 or more

Is the member currently taking any medications? Yes No

If yes, please give further details including what is planned, the date, the facility or provider, and/or prescriptions:

Are you pregnant?

Yes No N/A

If yes, please provide the Due Date:

Would you like information about birth control and family planning?

Yes No

Are you filling out this survey for someone under 19 years of age?

Yes No

If Yes, Do you have any of the following concerns?

Yes No

Check all that apply.

Growth/Development

Weight (underweight/overweight)

Behavior

Learning

Other:

Do you have any barriers to receiving care? Yes No

If yes, please list below:

Financial

Accessing Care

Language

Transportation

Cultural

Educational

Explain:

FHP – Health Assessment – Market Place Members

Se ha inscrito recientemente en Friday Health Plans. Queremos asegurarnos de que no tenga una interrupción de la atención médica o los servicios que pueda estar recibiendo en este momento. Para garantizar la coordinación de su atención a medida que cambia a nuestro plan de seguro, responda las siguientes preguntas y envíenos su respuesta. Puede enviar este formulario por correo, correo electrónico o fax a la siguiente dirección: Atención: Departamento médico, 700 Main Street, Alamosa, CO 81101 - Fax: 719-589-4901, Correo electrónico: Medical@fridayhealthplans.com o Llame al 719-589 -3696 para completar por teléfono.

Por favor complete la siguiente información:

Fecha:

Nombre de miembro:

DOB:

de teléfono:

Paórtel responsable, si corresponde (padre / tutor):

Proveedor de atención primaria (MD, DO, PA, NP):

Enumere cualquier otro proveedor, que no sea su Proveedor de atención primaria, que brinde atención o servicios especializados, o para quien necesite una derivación:

¿Le han dicho que usted / (su hijo) tiene o tiene alguna inquietud con las siguientes condiciones?

Sí No

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental o conductual | <input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud: | | |

En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para controlar estas afecciones de salud?

Sí No

En caso afirmativo, ¿Qué clase de ayuda? Información y educación sanitaria

Encontrar un proveedor

Manejo de medicamentos

otras necesidades de atención médica:

En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha ido el miembro a la sala de emergencias?

None 1 – 3 4 o más

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado el miembro?

None 1 – 3 4 o más

Is the member currently taking any medications? Sí No

En caso afirmativo, sírvase dar más detalles, incluyendo lo que está planeado, la fecha, la instalación o proveedor, y / o recetas:

¿Está completando esta encuesta para alguien menor de 19 años?

Si No

¿Estás embarazada? Sí No N/A

En caso afirmativo, ¿Cuándo es la fecha de vencimiento?

¿Le gustaría información sobre control de la natalidad y planificación familiar?

Sí No

En caso afirmativo, ¿tiene alguna de las siguientes inquietudes? Sí No

Marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desarrollo del crecimiento | <input type="checkbox"/> Peso (bajo peso / sobrepeso) | <input type="checkbox"/> Behavior | <input type="checkbox"/> Learning |
| <input type="checkbox"/> Other: | | | |

¿Tiene alguna barrera para recibir atención? Sí No

En caso afirmativo, sírvase enumerar a continuación:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Financiero | <input type="checkbox"/> Acceso a la atención | <input type="checkbox"/> Idioma | <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Cultural | <input type="checkbox"/> Educativo |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

Por favor explique: