

Member Name: _____

Date: _____ Telephone: _____

Member ID: _____

Date of Birth: _____

If you speak Spanish please contact member services at 602-824-3700 or 1-800-747-7997
 TTY: 602-824-3909 or 1-800-489-1472

1 In general my health is:
 Excellent Very Good Good Fair Poor

2 The last time I saw my primary care doctor was?
 1-6 months ago 6-12 months ago More then 1 year ago

3 In the last 12 months I have been a patient in the hospital:
 Not at all One time 2-3 times 4-6 times More then 6 times

4 In the last 12 months I have been a patient in the emergency room
 Not at all One time 2-3 times 4-6 times More then 6 times

5 In the last 12 months I have been bothered by?
 Dizziness Chest pain Urinary problems
 Joint pain Falling Very thirsty

6 My doctor has told me I have problems with:
 Coronary Artery Disease (CAD) Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
 Congestive Heart Failure (CHF) Diabetes Asthma

7 Social Support:
 There is someone available to me if I want or need help: yes no
 I live: Alone Partner/Spouse Extended Family Other

8 In the last month have you been bothered by:
 Feeling down, depressed, or hopeless
 Having little interest or pleasure in doing things

9 Are you receiving any behavioral/mental health services at this time? yes no
 If you are not, are you interested in receiving these services? yes no

10 If you would like behavioral health services, the following agencies are available for you to contact:
 RBHA/Magellan MS (Maricopa County) (800) 564-5465
 RBHA/Cenpatico MS (Pinal/Gila) (866) 495-6738
 RBHA/NARBHA MS (Northern Arizona Regional Behavioral
 Health Authority) (Yavapai, Mohave, Coconino, Navajo, Apache) (800) 640-2123
 RBHA/CPSA MS (Community Partnership of Southern Arizona) (Pima) (800) 771-9889

11 Are you a smoker? no yes and I might quit yes, but I am not ready to quit

12 Please list all medications you are now taking:

13 I am now pregnant? Yes No Due Date _____



Phoenix Health Plan

An Affiliate of Abrazo Health Care

Nombre del miembro:	Fecha:	Telefono:
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento:	

Si habla español, sírvase llamar a servicios para miembros, al 602-824-3700 ó al 1-800-747-7997
TTY: 602-824-3909 ó 1-800-489-1472

1 En general, mi salud es:
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2 La última vez que consulté con mi médico de atención primaria fue
 Hace 1 a 6 meses Hace 6 a 12 meses Hace más de un año

3 En los últimos 12 meses he estado hospitalizado(a):
 Nunca Una vez 2 a 3 veces 4 a 6 veces Más de 6 veces

4 En los últimos 12 meses he acudido como paciente a la sala de emergencia
 Nunca Una vez 2 a 3 veces 4 a 6 veces Más de 6 veces

5 En los últimos 12 meses he tenido los siguientes problemas de salud
 Dolor de cabeza Dolor de estómago Mareos Problemas alimenticios
 Problemas de la piel Dolor de pecho Problemas urinarios Asma
 Dolor de las articulaciones Dolor de espalda Problemas con las pies
 Dificultad para dormir Caídas Mucha sed

6 El médico me ha dicho que tengo los siguientes problemas:
 Presión arterial alta Problema cardiaco Diabetes Artritis Asma
 Problemas respiratorios Obesidad

7 Apoyo social:
Hay alguien disponible para mí si deseo o necesito ayuda: Sí no
Vivo: Solo Compañero(a) o con cónyuge Con la familia ampliada Otro

8 Sobre los últimos tres meses a menudo me siento:
 Ansioso(a) Deprimido(a) Impotente Desesperado

9 Esta usted recibiendo algunos servicios de conducta/salud mantal en esta momento?
 Sí No
¿Si usted no esta, entonces esta usted interesado en recibir estos servicios?
 Sí No

10 ¿Fuma usted? no sí y posiblemente deje de hacerlo
 Sí, pero no estoy preparado(a) para dejar de fumar

11 Indique los medicamentos que toma:
¿Toma usted 5 o más medicamentos con receta? (el médico le ha dado una receta). En caso afirmativo, sírvase enumerarlos:

12 Tengo dificultad:
 Para transportarme Con la vista Con la audición Para movilizarme

13 Aprendo mejor
 Leyendo Escuchando Cuando me enseñan cómo hacer algo

14 ¿Está embarazada?
 Sí No Fecha esperada de alumbramiento _____