

Perfil del Cuidado de la Salud



CARE COORDINATORS
BY QUANTUM HEALTH

La breve encuesta sobre la salud (abajo) y el formulario de médico de cabecera (en el reverso) también se pueden completar por internet en www.uhh.org o llamando a los Coordinadores de atención al (866) 686-0003.

Parte 1: Breve encuesta sobre la salud (*Confidencial*)

Los empleados y cónyuges cubiertos (opcional) deben completar la lista a la derecha. **NO** se compartirá con su empleador **NI** se utilizará para determinar su elegibilidad para los beneficios.

Nombre del empleado:

Fecha de nacimiento del empleado:

Correo electrónico del empleado:

Número de teléfono del empleado:

Correo electrónico del cónyuge:

Número de teléfono del cónyuge:

La mejor hora del día para que los Coordinadores de atención se comuniquen con usted, si fuera necesario (marque todas las que aplican):

- Por la mañana (de 8:30 a. m. a 12:00 p. m., hora estándar del este)
- Por la tarde (de 12:00 p. m. a 4:30 p. m., hora estándar del este)
- Por la noche (de 4:30 p. m. a 10:00 p. m., hora estándar del este)

Este Perfil del Cuidado de la Salud es voluntario y confidencial. Únicamente ciertos empleados de UNITE HERE HEALTH (UHH) y proveedores que ofrecen ayuda adicional a los participantes pueden tener acceso a información sobre su historial médico, historial de fumador, uso de medicamentos recetados y salud general. Nadie más, incluyendo su empleador y sindicato, tendrá acceso a esta o cualquier otra información de salud personal que usted proporcione. UHH puede usar su información para entender mejor las necesidades generales de salud de nuestros participantes. (Su aviso de prácticas de privacidad tiene más información sobre cómo UHH mantiene su información privada.)

Envíe el formulario completo a: UNITE HERE HEALTH,
P. O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557

Marque todas las que aplican

1. Condiciones médicas	Empleado	Cónyuge (opcional)
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión/alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Con oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple (MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Utiliza actualmente un medicamento inyectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Actualmente se encuentra bajo el cuidado de		
Cardiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Con diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Salud general		
Actualmente tiene un Administrador de caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza productos de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sometió a un trasplante en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Tipo de trasplante (empleado)	<input type="text"/>	
-Tipo de trasplante (cónyuge)	<input type="text"/>	
En espera de un trasplante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió tratamiento por cáncer en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía/procedimiento programado en los próximos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna de las secciones anteriores aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perfil del Cuidado de la Salud

Parte 2: Formulario del Médico de cabecera

Un Médico de cabecera puede ser un médico familiar, un médico general, un médico internista, un pediatra (para niños) o un gineco-obstetra (durante el embarazo). Complete la siguiente información para usted y todos los miembros de su familia que están cubiertos bajo su plan de atención médica (escriba claramente en letra de molde). Si usted o el miembro de su familia no es un paciente actual del Médico de cabecera que menciona, debe asegurarse de que el Médico de cabecera que indicó está recibiendo pacientes nuevos actualmente.

Nombre del empleado: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del cónyuge: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Nombre del dependiente: _____	Dirección del Médico de cabecera: _____
Nombre del Médico de cabecera: _____	Ciudad/Estado/Código postal del Médico de cabecera: _____
_____	Número de teléfono del Médico de cabecera: _____

Envíe el formulario completo a UNITE HERE HEALTH, P. O. Box 6557, Aurora, IL 60598-0557.