

Fecha de hoy: _____

Número de ID#: _____

Nombre: _____

Dirección: _____



Por favor llame al Departamento de servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711) para hacer cambios a su domicilio y/o teléfono.

Preguntas generales

1. ¿Cuánto mide?
- | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Pies | <input type="radio"/> A) 3 | <input type="radio"/> B) 4 | <input type="radio"/> C) 5 | <input type="radio"/> D) 6 | <input type="radio"/> E) 7 | | | | | | | |
| Pulgadas | <input type="radio"/> A) 0 | <input type="radio"/> B) 1 | <input type="radio"/> C) 2 | <input type="radio"/> D) 3 | <input type="radio"/> E) 4 | <input type="radio"/> F) 5 | <input type="radio"/> G) 6 | <input type="radio"/> H) 7 | <input type="radio"/> I) 8 | <input type="radio"/> J) 9 | <input type="radio"/> K) 10 | <input type="radio"/> L) 11 |
| | <input type="radio"/> A) Menos de 100 | <input type="radio"/> B) 100-125 | <input type="radio"/> C) 126-150 | <input type="radio"/> D) 151-175 | <input type="radio"/> E) 176-200 | <input type="radio"/> F) 201-225 | <input type="radio"/> G) Más de 226 | | | | | |

2. ¿Cuánto pesa?
(Libras (lbs))

3. En general, ¿cómo calificaría su salud?

- A) Excelente B) Muy buena C) Buena D) Regular E) Mala

4. ¿Se puso ya la vacuna contra la gripe, o está planeando ponérsela este año? A) Sí B) No

	<i>Este último año</i>	<i>Hace 2-4 años</i>	<i>En los últimos 5 años</i>	<i>En los últimos 10 años</i>	<i>Nunca</i>	<i>No aplica</i>
¿Cuándo fue la última vez que:						
5. se puso la vacuna contra la neumonía?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)	<input type="radio"/> E)	<input type="radio"/> F)
6. se hizo un examen de senos (Mamografía)?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)	<input type="radio"/> E)	<input type="radio"/> F)
7. se hizo un examen de cáncer colorrectal (Colonoscopia)?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)	<input type="radio"/> E)	<input type="radio"/> F)
8. se hizo un examen de cáncer cervical (Papanicolaou)?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)	<input type="radio"/> E)	<input type="radio"/> F)

9. ¿Hace ejercicio de manera regular o participa en un programa de ejercicio físico?

- A) Sí, todos B) Sí, más de 3 veces por C) Sí, menos de 3 veces por D) No

17. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha tenido que pasar la noche como paciente en el hospital? A) 0 B) 1 C) 2 D) 3 o más
18. ¿Le ha dicho, recientemente, su doctor que debería bajar de peso? A) Sí B) No
19. ¿Lleva usted una dieta especial que le haya recomendado su doctor (*baja en sodio, baja en colesterol, baja en grasas*)? A) Sí B) No
20. En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de frutas y verduras ha comido, por lo general, cada día? (*1 porción = 1 taza de verduras frescas, ½ taza de verduras cocidas, o 1 mitad de fruta. 1 taza = del tamaño de una pelota de béisbol*).
 A) 0 B) 1-2 C) 3 D) 4+
21. En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos altos en fibra ha comido, por lo general, cada día? (*1 porción = 1 rebanada de pan 100% de trigo entero, 1 taza de cereal de granos enteros o cereal alto en fibra listo para comerse, ½ taza de cereal cocido como la avena, o ½ taza de arroz integral cocido o pasta de trigo entero*).
 A) 0 B) 1-2 C) 3-4 D) 5+
22. En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o altos en grasa ha comido, por lo general, cada día? (Algunos ejemplos son pollo frito, pescado frito, tocino, papas a la francesa, papitas fritas, totopos, donas, aderezos cremosos para ensalada y alimentos hechos de leche entera, crema, queso o mayonesa).
 A) 0 B) 1 C) 2-3 D) 4+
23. En los últimos 7 días, cuántas bebidas con azúcar (no de dieta) ha tomado, por lo general, cada día? A) 0 B) 1 C) 2-3 D) 4+
24. En las últimas 2 semanas, ¿ha sentido un cambio en la cantidad que, por lo general, come, ya sea que haya comido menos, o haya comido de más? A) Sí B) No
25. ¿Cuándo fue la última vez que fumó o consumió productos de tabaco? (*cigarros, tabaco masticable, tabaco en polvo, pipas, puros, cigarros de vapor*)
 A) Hoy B) La semana pasada C) El mes pasado D) Hace 3 meses
 E) El año pasado F) De 1 a 5 años atrás G) Hace más de 5 años H) Nunca
26. ¿Desea dejar el tabaco? A) Sí B) No C) No aplica
27. En las últimas 2 semanas, ¿Se ha sentido estresado o con ansiedad? A) Sí B) No
28. En las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer al hacer cosas que, por lo general, le gusta hacer? A) Sí B) No

29. En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido, o "desganado" más de lo normal? A) Sí B) No
30. ¿Está consumiendo alguna droga o tomando mayores dosis de medicamentos de las que le recetan? A) Sí B) No
31. ¿Bebe alcohol? A) Sí B) No
32. ¿Alguna vez ha pensado en dejar de consumir drogas o de tomar alcohol? Sí No No aplica
33. ¿Le molesta cuando las personas le dicen que debería dejar de consumir drogas o de tomar alcohol? A) Sí B) No C) No aplica
34. ¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal por consumir drogas o tomar alcohol? A) Sí B) No C) No aplica
35. ¿Alguna vez ha consumido drogas para aliviar síntomas o para no sentirse mal después de consumir drogas o tomar alcohol? A) Sí B) No C) No aplica
36. ¿Ha recibido tratamiento por abuso de drogas o alcohol? A) Sí B) No C) No aplica
37. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor ha sentido en el cuerpo?
 A) Ninguno B) Ligero C) Muy ligero D) Moderado E) Fuerte F) Muy fuerte
38. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto le afectó el dolor para hacer sus actividades normales? A) Nada B) Un poco C) Moderadamente D) Mucho E) Demasiado
39. En las últimas 4 semanas, ¿Ha afectado su salud su capacidad de trabajar, o ha hecho que no pueda disfrutar de las actividades que le gustan? A) Nada B) Un poco C) Moderadamente D) Mucho E) Demasiado

¿Necesita ayuda para hacer algo de lo siguiente?

	Sí	No		Sí	No
40. ¿Pararse después de estar sentado?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	41. ¿Entrar caminando a su casa?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)
42. ¿Salir caminando de su casa?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	43. ¿Preparar alimentos?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)
44. ¿Comer?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	45. ¿Vestirse?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)
46. ¿Bañarse?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	47. ¿Usar el baño?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)
48. ¿Organizar su día?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	49. ¿Manejar o ir a lugares?	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)

50. Si su respuesta fue "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿tiene alguien que le ayude? A) Sí B) No
51. ¿Con qué frecuencia necesita de alguien que le ayude a leer instrucciones, folletos o algún otro material escrito de su doctor o farmacia? A) Siempre B) Casi siempre C) A veces D) Nunca
52. En las últimas 2 semanas, ¿ha sentido un cambio importante en el tiempo que, por lo general, duerme, ya sea que no pueda dormir o que duerma demasiado? A) Sí B) No

Planeación de atención médica avanzada

53. ¿Tiene un Poder notarial médico? (*Alguien que tome decisiones de atención médica por usted en caso de que usted no pueda hacerlo*) A) Sí B) No C) No sé/no recuerdo
54. ¿Tiene un testamento en vida/documento de voluntad anticipada? (*Documentos que dan a conocer sus deseos de atención médica*) A) Sí B) No C) No sé/no recuerdo
55. ¿Hay una copia de esas instrucciones anticipadas en el archivo del consultorio de su doctor? A) Sí B) No C) No sé/no recuerdo

Sobre usted

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
Mi salud es importante para mí.				
56. Al final, soy yo el responsable de cuidar mi salud y mi bienestar.	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)
57. Es importante para mí tener un papel activo en mi atención médica.	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)
58. Estoy seguro que puedo prevenir o reducir los problemas relacionados con mi salud.	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)
59. Estoy seguro de que sé cuándo buscar atención médica y cuándo puedo cuidarme solo.	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)
60. Estoy seguro que puedo hablar con mi doctor sobre las preguntas que tengo sobre mi salud, incluso cuando él o ella no me pregunta.	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)
61. Estoy seguro que puedo terminar tratamientos médicos que quizá deba hacer en casa.	<input type="radio"/> A)	<input type="radio"/> B)	<input type="radio"/> C)	<input type="radio"/> D)

62. ¿Quién respondió esta encuesta? A) Yo B) Un pariente mío C) Un amigo mío D) Un profesional de la salud que me atiende
63. ¿Vive A) solo? B) con su esposo(a)? C) con otro pariente? D) con alguien que no es su pariente? E) en un asilo o centro de vida asistida?
64. ¿Cuál es su idioma principal? A) Inglés B) Español C) Otro
65. ¿Hasta qué grado o nivel de estudios llegó? A) 8º grado o menos B) Algo de preparatoria, pero no me gradué C) Me gradué de la preparatoria o tengo el diploma GED D) Algo de universidad o título por estudios de 2 años E) Terminé la universidad (4 años) F) Tengo título universitario por estudios de más de 4 años
66. ¿Cuál es su origen o etnicidad? A) Afroamericano B) Nativo americano C) Hispano D) Nativo de Hawaii E) Indio F) Asiático G) Caucásico H) De las islas pacíficas I) Otro
67. ¿Alguna vez a decidido no recibir atención médica por creencias religiosas o personales? A) Sí B) No C) Prefiero no responder

All Cigna products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of Cigna Corporation. The Cigna name, logos, and other Cigna marks are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. [This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 days a week. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), 7 días a la semana, 8:00 am - 8:00 pm , Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Cigna-HealthSpring is contracted with Medicare for PDP plans, HMO and PPO plans in select states, and with select state Medicaid programs. Enrollment in Cigna-HealthSpring depends on contract renewal.