

Evaluación sanitaria inicial (IHA)



Tel: 1-877-843-2259

Gracias por elegir Balance. La siguiente evaluación es para que sus proveedores se familiaricen con su estado de salud. Esto ayudará a sus médicos a desarrollar un plan de cuidados personalizado para usted. En caso de que surjan situaciones médicas, sus proveedores pueden desarrollar rápidamente una vía de curación. Si es usted un nuevo afiliado de Balance, puede rellenar este formulario después de recibir su tarjeta de identificación de afiliado. Se le enviará por correo en los 10 días siguientes a la inscripción. NO se almacenarán, guardarán ni almacenarán en caché copias de su envío en este servidor.

If joining our One Medical program, be sure to (1) complete and submit this form and (2) visit this One Medical activation website. Copies of your submission WILL NOT be cached, stored, or saved on this server.																											
Nombre																											
ID de miembro <small>Aplicable únicamente a los afiliados actuales.</small>	¿Cuál es su estatura actual? <small>Medidas en Ft/In</small>	¿Cuál es su peso actual? <small>Peso en libras</small>	Fecha de nacimiento <small>MM/DD/YYYY</small>																								
En general, ¿diría que su salud es: <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Feria <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Excelente																											
¿Cuándo fue la última vez que visitó a su médico de cabecera? <input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Hace 6-12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de un año																											
¿Ha tenido 3 o más visitas a urgencias en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha estado hospitalizado 2 o más veces en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
En las últimas 4 semanas, ¿te has sentido decaído, desesperanzado o con poco interés por hacer cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Necesitas ayuda para moverte dentro o fuera de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
¿Utiliza bastón, silla de ruedas o andador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se ha caído 2 o más veces en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
¿Consume actualmente vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas a diario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Fuma cigarrillos, consume tabaco o algún producto de nicotina actualmente o en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
¿Qué problemas de salud padece actualmente o ha padecido en el pasado? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Alergias</td><td><input type="checkbox"/> Asma</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Enfermedades intestinales y gastrointestinales</td><td><input type="checkbox"/> Cáncer</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Resfriados y gripe</td><td><input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td><input type="checkbox"/> Enfermedad y prevención de enfermedades</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Síndrome de Down, autismo y retrasos del desarrollo</td><td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Fatiga y sueño</td><td><input type="checkbox"/> Salud cardíaca e ictus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hepatitis</td><td><input type="checkbox"/> HIV</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas</td><td><input type="checkbox"/> Articulaciones y columna vertebral</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Riñones</td><td><input type="checkbox"/> Pulmones y afecciones respiratorias</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> esclerosis múltiple (ES / MS)</td><td><input type="checkbox"/> Obesidad</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Piel, uñas y erupciones cutáneas</td><td><input type="checkbox"/> Tiroides</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ninguno</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td></tr></table>				<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedades intestinales y gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Resfriados y gripe	<input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad y prevención de enfermedades	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down, autismo y retrasos del desarrollo	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fatiga y sueño	<input type="checkbox"/> Salud cardíaca e ictus	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/> Articulaciones y columna vertebral	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Pulmones y afecciones respiratorias	<input type="checkbox"/> esclerosis múltiple (ES / MS)	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Piel, uñas y erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Asma																										
<input type="checkbox"/> Enfermedades intestinales y gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Cáncer																										
<input type="checkbox"/> Resfriados y gripe	<input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)																										
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad y prevención de enfermedades																										
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down, autismo y retrasos del desarrollo	<input type="checkbox"/> Epilepsia																										
<input type="checkbox"/> Fatiga y sueño	<input type="checkbox"/> Salud cardíaca e ictus																										
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV																										
<input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/> Articulaciones y columna vertebral																										
<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Pulmones y afecciones respiratorias																										
<input type="checkbox"/> esclerosis múltiple (ES / MS)	<input type="checkbox"/> Obesidad																										
<input type="checkbox"/> Piel, uñas y erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/> Tiroides																										
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otros																										
¿Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica o a algún procedimiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																											

Enumere todas sus intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos médicos anteriores:

Type of surgery or medical procedure

Date Performed

¿Toma actualmente algún medicamento o suplemento? Sí No**Indique todos los medicamentos y/o suplementos que toma actualmente:**

Name of Medication

Dosage

Frequency

¿Lo rellena para usted o para una persona dependiente de su seguro de enfermedad? Yo mismo Mi dependiente**Consentimiento** Certifico que, a mi leal saber y entender, la información facilitada es veraz y exacta.**Mejor correo electrónico**

Se le enviará un correo electrónico de confirmación de su envío a esta dirección de correo electrónico.

Firma