



### Health Needs Survey Form

**Welcome to Health Plan of Nevada Medicaid!** Your health is important to us. That's why we need a little more information to help provide you and your family with quality care to meet your medical needs. **Please take a few minutes to fill out this form. Each adult over 18 in the home needs to complete their own form. Your answers are confidential and will only be used to assist you and your family with medical care.** If you need help filling out this form, call us toll-free at **1-800-962-8074, TTY 711**, Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m. If we have any questions, we may reach out to you.

Your name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Medicaid ID #: \_\_\_\_\_ Primary Care Provider: \_\_\_\_\_

Address:	Phone Number(s) / Email Address: Home: _____ Mobile: _____ Email Address: _____ Do we have permission to contact you by email/text? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----------	---

The language(s) we usually speak at home: \_\_\_\_\_

The language(s) we usually read and write at home: \_\_\_\_\_

Do you have any other health care insurance coverage? If yes, please list: \_\_\_\_\_

**Family members enrolled in Health Plan of Nevada Medicaid or Nevada Check Up Program are:**

Name of Child(ren):	Date of Birth of Child(ren):	Medicaid ID #	Primary Care Provider:	Are they up to date with all their shots?
1. _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not sure
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____	2. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not sure
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____	3. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not sure
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____	4. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not sure

#### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-962-8074 (TTY: 711).

**Please answer the following questions to help us take better care of you and your family members who are enrolled in Health Plan of Nevada Medicaid:** Your answers are confidential as governed by Federal and State Law and will only be used to assist you with your medical care.

**If there are no children in your household, please skip to question #6.**

1. Does your child have any medical conditions? This is something that could require many doctor's visits and regular medications.  **No**  **Yes**  
Name of child(ren): \_\_\_\_\_
2. Does your child have any kind of emotional, developmental, or behavioral condition for which they need or get treatment or counseling?  **No**  **Yes**  
Name of child(ren): \_\_\_\_\_
3. If you answered yes to the previous questions, would you like one of our Care Managers to contact you about our programs and services?  **No**  **Yes**
4. Has your child had a regular check-up with their doctor in the last year?  **No**  **Yes**
5. Has your child seen a dentist in the last year?  **No**  **Yes**
6. During the past year, did you or anyone in your family visit the emergency room or have an overnight stay in the hospital?  **No**  **Yes**  
Name of Person(s) Admitted: \_\_\_\_\_ For what problem?  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_
7. Have you been told you have a medical condition? This is something that could require many doctor's visits and regular medications.  **No**  **Yes**
8. Do you have any kind of emotional, developmental, or behavioral conditions for which you need or get treatment or counseling?  **No**  **Yes**
9. If you answered yes to the previous questions, would you like one of our Care Managers to contact you about our programs and services?  **No**  **Yes**
10. Have you received any of the following services in the past year?  

<input type="checkbox"/> Yearly check-up <input type="checkbox"/> COVID-19 vaccine <input type="checkbox"/> Cervical cancer screening/Pap smear <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Colorectal screening <input type="checkbox"/> Flu shot <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Choose not to answer
--	---

11. Are you or anyone in your household pregnant that is covered by HPN Medicaid?  **No**  **Yes**

If "yes," please provide the following information. (Include yourself if it applies):

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Due date: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Due date: \_\_\_\_\_

Have you or they seen a doctor for this pregnancy?  **No**  **Yes**

Have you or they been told this is a high-risk pregnancy?  **No**  **Yes**

Are you or are they on any prescription medications for pain, or other narcotics?  **No**  **Yes**

Would you like one of our care managers to contact you about our programs and services?  **No**  **Yes**

12. Is it hard for you to concentrate, remember things, or make decisions?  **No**  **Yes**

13. Over the last two weeks, how often have you been bothered by little interest or pleasure in doing things?

Not at all       Several days       More than half the days       Nearly every day  
 No Response

14. Over the last two weeks, how often have you been feeling down, depressed or hopeless?

Not at all       Several days       More than half the days       Nearly every day  
 No Response

15. Has alcohol or drug use made it hard for you to work, keep relationships, or meet goals?

**No**  **Yes**

16. Have you been unable to get daily necessities? These could be things like childcare, food, transportation, ID card, cell phone, rent or utilities.  **No**  **Yes**

Would you like help with getting these resources?  **No**  **Yes**

17. What is your housing situation today?

I have housing  
 I have housing, and part of my rent is paid by a housing assistance program  
 I do not have housing  
 I have temporary housing

18. In the past year, have you spent more than two nights in a jail or prison?  **No**  **Yes**

19. In the past year, did you age out of the foster system?  **No**  **Yes**

20. Do you feel physically and emotionally safe where you live right now?  **No**  **Yes**

21. Do you use tobacco products or vape?  **No**  **Yes**

If yes, are you interested in quitting?  **No**  **Yes**

Please complete and return this form to Health Plan of Nevada Medicaid, by placing it in the provided postage paid envelope.

Or mail it directly to us at: Health Plan of Nevada Medicaid, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89195-8026.

11. ¿Tú o alguna persona en tu hogar es esta embarazada y está cubierta por Medicaid de HPN?  No  Si
- Si respondeiste "Sí", proporcione la siguiente información. (Incluya tu nombre y número de teléfono):
- Nombre: \_\_\_\_\_ Feccha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Feccha de parto: \_\_\_\_\_
- ? Tú o tu familiar han visitado a un médico alguna vez por este embarazo?  No  Si
- ? Te han dicho o le han dicho a esta persona que es un embarazo de alto riesgo?  No  Si
- ? Tú o esta persona están tomando medicamentos recetados para el dolor u otros narcóticos?  No  Si
- ¿A ti o a esta persona les gustaría que uno de nuestros administradores de atención médica se comunique para informarles sobre nuestros programas y servicios?  No  Si
12. ¿Te cuesta concentrarte, recordar las cosas o tomar decisiones?  No  Si
13. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te ha molestado sentir poco interés o poco placer al hacer las cosas? \_\_\_\_\_
14. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido depri-mido, decaído o desesperanzado? \_\_\_\_\_
15. ¿El consumo de alcohol o drogas te ha causado dificultades para trabajar, mantener tus vínculos o alcanzar objetivos? \_\_\_\_\_
16. ¿No has podido satisfacer las necesidades diarias? Podrían ser cosas como el cuidado de niños, la comida, el transporte, la tarjeta de identificación, el teléfono celular, el alquiler o los servicios públicos.  No  Si
17. ¿Cuál es tu situación de vivienda hoy en día? \_\_\_\_\_
- ? Quiéres ayuda para obtener estos recursos?  No  Si
18. En el último año, ¿has pasado más de dos noches en la cárcel o la prisión?  No  Si
19. Durante el último año, ¿has salido del sistema de acogida por tu edad?  No  Si
20. ¿Te sientes seguro a nivel físico y emocional en el lugar en el que vives ahora?  No  Si
21. ¿Usas productos con tabaco o vapores?  No  Si
- Llena este formulario y devuélvelo a Health Plan of Nevada Medicaid en el sobre con franqueo prepagado provisto.
- O envíelo directamente por correo a: Health Plan of Nevada Medicaid, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89195-8026.

10. ¿Has recibido alguien de los siguientes servicios durante el último año?
- Control anual     Examen colorrectal     Vacuna contra la COVID-19     Vacuna contra la gripe     Mamografía     Examen de detección del cáncer de cuello uterino/Papanicolaou     Ninguno     Prefiero no responder

9. Si respondiste afirmativamente a las preguntas anteriores, ¿te gustaría que uno de nuestros administradores de la atención médica se comunique contigo para informarte sobre nuestros programas y servicios?  No     Si

8. ¿Tienes algún tipo de condición emocional, del desarrollo o del comportamiento por la cual necesitas o recibes tratamiento o terapia?  No     Si

7. ¿Te han dicho que tienes una condición médica? Esto es algo que podría requerir muchas visitas al médico y medicamentos regulares.  No     Si

2. \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) admitida(s):    ¿Cuál fue el problema?

6. Durante el año pasado, ¿ti o alguien miembro de tu familia visitaron la sala de emergencias o pasaron una noche en el hospital?  No     Si

5. ¿Ha visitado tu hijo/a al dentista el año pasado?  No     Si

4. ¿Ha recibido tu hijo/a un control regular con su médico el año pasado?  No     Si

3. Si respondiste afirmativamente a las preguntas anteriores, ¿te gustaría que uno de nuestros administradores de la atención médica se comunique contigo para informarte sobre nuestros programas y servicios?  No     Si

2. ¿Tiene tu hijo/a alguna clase de condición emocional, del desarrollo o del comportamiento para la cual necesita o recibie tratamiento o terapia?  No     Si

1. ¿Tu hijo/a tiene alguna condición médica? Esto es algo que podría requerir muchas visitas al médico y medicamentos regulares.  No     Si

Si no hay niños en tu hogar, continúa con la pregunta n.º 6.

Responde las siguientes preguntas para ayudarnos a cuidar mejor de ti y los miembros de tu familia que están inscritos en Health Plan of Nevada Medicaid: Tus respuestas son confidenciales de acuerdo con lo establecido por la Ley Federal Estatal se usarán solamente para ayudarte con tu atención médica.

### Español (Spanish)

ATENCIÓN: si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-962-8074 (TTY: 711).

Nombre del/de los hijos(s):	Fecha de nacimiento del/de los hijos(s):	N.º de ID de Proveedor de Atención primaria: ¿Están al día todas las vacunas?	N.º de ID de nacimiento primaria: ¿Están al día todas las vacunas?	Nombre(s):
1. _____	1. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
2. _____	2. _____	2. _____ 3. _____ 4. _____	2. _____ 3. _____ 4. _____	2. _____ 3. _____ 4. _____
3. _____	3. _____	3. _____ 4. _____	3. _____ 4. _____	3. _____ 4. _____
4. _____	4. _____	4. _____ 5. _____	4. _____ 5. _____	4. _____ 5. _____

## Nevada Check Up son:

Los miembros de la familia inscritos en Medicaid de Health Plan of Nevada o en el Programa

?Tienes alguna otra cobertura de seguro de salud? Si la respuesta es si, indícalo abajo:

idioma(s) que leemos y escribimos habitualmente en casa:

idioma(s) que hablamos habitualmente en casa:

<p>Dirección:</p> <p>Número(s) de Teléfono/Dirección de Correo Electrónico:</p> <p>Casa:</p> <p>Trabajo:</p> <p>Teléfono móvil:</p> <p>Dirección de correo electrónico:</p> <p>Tenemos permiso para comunicarnos contigo por correo electrónico/mensaje de texto?</p>	<p>□ Sí □ No</p>
---	------------------

N.º de ID de Medicard: \_\_\_\_\_ Provvedor de atencion primaria: \_\_\_\_\_

Tu número: \_\_\_\_\_ Firma de nacimiento: \_\_\_\_\_

6 p.m. Si tenemos alguna pregunta, nos comunicaremos contigo.

ayudarate a ti y a tu familia con la atenció n médica. Si necesitas ayuda para llenar este

para llenar este formulario. Cada adulto de la casa mayor de 18 años tiene que llenar su

La calidad para las necesidades médicas. **To pedimos que para las necesidades médicas se nos mire**

**Bienvéndido a Health Plan of Nevada Medicalia! Tu salud es importante para nosotros. Por esa**

## Formulario de encuesta sobre necesidades de salud

## Formulario de encuesta sobre necesidades de salud