

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: _____ Work: _____
	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. _____

1. _____

2. _____

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?

☐ Yearly check-up

☐ Colorectal screening

☐ COVID-19 vaccine

☐ Flu shot

☐ Cervical cancer screening/Pap smear

☐ Mammogram

☐ None

☐ 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 está embarazada y está cubierta por Medicaid de HPN? ☐ No ☐ SI

Si respondiste "SI", proporciona la siguiente información. (Inclúyete a ti si corresponde):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de parto: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de parto: _____

¿Tú o tu familia han visitado al 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 comuniquen para informarnos 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?

☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

☐ Sin respuesta

14. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido, decaído o desesperanzado?

☐ Para nada ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

☐ Sin respuesta

15. ¿El consumo de alcohol o drogas te ha causado dificultades para trabajar, mantener tus vínculos o alcanzar objetivos?

☐ No ☐ SI

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

¿Quieres ayuda para obtener estos recursos? ☐ No ☐ SI

17. ¿Cuál es tu situación de vivienda hoy en día?

☐ Tengo vivienda
☐ Tengo vivienda, y un programa de asistencia para la vivienda paga una parte de mi alquiler
☐ No tengo vivienda
☐ Tengo vivienda temporal

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 vapeas? ☐ No ☐ SI

Si es así, ¿tienes interés en dejar de hacerlo? ☐ 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.

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 y Estatal y se usarán solamente para ayudarte con tu atención médica.

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

1. ¿Tu hijo/a tiene alguna condición médica? Esto es algo que podría requerir muchas visitas al médico y medicamentos regulares. ☐ **NO** ☐ **SI**
- Nombre del/de los hijo(s): _____
2. ¿Tiene tu hijo/a alguna clase de condición emocional, del desarrollo o del comportamiento para la cual necesita o recibe tratamiento o terapia? ☐ **NO** ☐ **SI**
- Nombre del/de los hijo(s): _____

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

4. ¿Ha recibido tu hijo/a un control regular con su médico el año pasado? ☐ **NO** ☐ **SI**

5. ¿Ha visitado tu hijo/a al dentista el año pasado? ☐ **NO** ☐ **SI**
6. Durante el año pasado, ¿tú o algún miembro de tu familia visitaron la sala de emergencias o pasaron una noche en el hospital? ☐ **NO** ☐ **SI**

Nombre de la(s) persona(s) admitida(s): _____

¿Cuál fue el problema? _____

1. _____
2. _____

7. ¿Te han dicho que tienes una condición médica? Esto es algo que podría requerir muchas visitas al médico y medicamentos regulares. ☐ **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**
9. Si respondiste afirmativamente a las preguntas anteriores, ¿te gustaría que uno de nuestros administradores de la atención médica se comuniqué contigo para informarte sobre nuestros programas y servicios? ☐ **NO** ☐ **SI**

10. ¿Has recibido alguno de los siguientes servicios durante el último año?

- ☐ Control anual
- ☐ Vacuna contra la COVID-19
- ☐ Examen de detección del cáncer de cuello uterino/Papanicolaou
- ☐ Examen colorrectal
- ☐ Vacuna contra la gripe
- ☐ Mamografía
- ☐ Prefiero no responder

Formulario de encuesta sobre necesidades de salud

¡Bienvenido a Health Plan of Nevada Medical! Tu salud es importante para nosotros. Por esa razón, necesitamos un poco más de información para poder brindarles a ti y a tu familia atención de calidad para satisfacer sus necesidades médicas. **Te pedimos que dediques unos minutos para llenar este formulario. Cada adulto de la casa mayor de 18 años tiene que llenar su propio formulario. Las respuestas son confidenciales y se utilizarán solamente para ayudarte a ti y a tu familia con la atención médica.** Si necesitas ayuda para llenar este formulario, llámanos al número gratuito **1-800-962-8074**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Si tenemos alguna pregunta, nos comunicaremos contigo.

Tu nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de ID de Medical: _____ Proveedor de atención primaria: _____

Dirección: _____	
Número(s) de Teléfono/Dirección de Correo Electrónico: _____	Casa: _____
Trabajo: _____	Teléfono móvil: _____
Dirección de correo electrónico: _____	
¿Tenemos permiso para comunicarnos contigo por correo electrónico/mensaje de texto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	

Idioma(s) que hablamos habitualmente en casa: _____
Idioma(s) que leemos y escribimos habitualmente en casa: _____
¿Tienes alguna otra cobertura de seguro de salud? Si la respuesta es sí, indicala abajo: _____

Los miembros de la familia inscritos en Medicaid de Health Plan of Nevada o en el Programa Nevada Check Up son:

Nombre del/de los hijo(s): _____	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Fecha de nacimiento del/de los hijo(s): _____	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
N.º de ID de Medical: _____	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
Proveedor de atención primaria: _____	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
¿Están al día todas las vacunas? 1. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI 3. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI 4. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI No estoy seguro	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____

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