

General Health Assessment

This General Health Assessment was created to help Community First Health Plans better serve the health needs of our Members. Please complete the assessment and follow the instructions below to return it to us.

If you prefer to fill out this assessment online, go to CommunityFirstHealthPlans.com/Health-Assessment.

Member ID: _____ Email: _____
Member Name: _____ DOB: _____ Phone: _____
Weight: _____ Height: _____ Body Mass Index (BMI): _____
Date Assessment Completed: _____

How would you rate your overall health?

Excellent Fair Very Poor
Good Poor

What is your preferred language?

English Arabic Polish
Spanish Hebrew Russian
French Japanese Chinese
German Italian Other

Please describe "Other" preferred language here:

Which of the following races(s) and ethnicity(ies) do you identify with? Please select all that apply.

White Native Hawaiian or other Prefer not to answer
Hispanic or Latino Pacific Islander I don't know/I'm not sure
Black or African American American Indian, Alaska
Asian Native, or First Nation
Mixed Race

How many prescription medications do you take on a regular basis? (daily, every other day)

1-2	5-7	Over 10
3-4	8-10	None

Do you take your medication(s) (including over-the-counter) exactly as your health care provider(s) recommends?

Yes No

If “No” was selected above, what are the reasons you are not taking your medications exactly as your health care provider(s) recommends?

Cannot afford medications	Forget to take them	Inadequate caregiver support
Problems with side effects	Forget to bring the medication with me when traveling or leaving home	I am on too many medications so I don't take all of them every time as ordered
Did not fill prescriptions	I feel better, so I stopped taking them	Other
I do not see the need for medication	Transportation issues	
Lack of knowledge about medication use		

If there are “Other” reasons you do not take your medications exactly as ordered, please explain.

Which of these conditions have you ever been told you have by a healthcare provider? Please select all that apply.

Diabetes	Depression	Ulcer (stomach, duodenal, peptic)
Heart Failure (HF)	Pre-diabetes, borderline diabetes, impaired fasting glucose, high blood sugar	Kidney or liver condition
Coronary Artery Heart Disease (CAD)	Angina or angina pectoris	Arthritis
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	Heart attack (myocardial infarction, MI)	Schizophrenia
Asthma	Any other heart condition	Bipolar disorder
HIV/AIDS	Stroke or transient ischemic attack (TIA)	Chronic pain
Back pain		Other
Cancer of any type		None of these conditions listed

If you answered “Other”, what condition(s) were you told that you had?

Have you had a flu shot within the past year?

Yes No I don't know/I'm not sure

Are you up to date on all vaccines recommended for your age and gender?

(i.e., Tdap for age 19 and older every 10 years; Shingles age 60 and older)

Yes No I don't know/I'm not sure

How many times in the past month have you used drugs recreationally or abusively (more than prescribed)?

One time Three times I don't use drugs
Two times More than three times recreationally or abusively

FOR MEN: How many times in the past month have you had more than 4 alcoholic drinks in one day or more than 14 total in one week?

One time Three times I don't drink alcohol
Two times More than three times

FOR WOMEN: How many times in the past month have you had more than 3 alcoholic drinks in one day or more than 7 total in one week? (alcoholic beverage such as beer, wine, a malt beverage or liquor)

One time Three times I don't drink alcohol
Two times More than three times

Have you EVER used tobacco or e-cigarettes with nicotine products?

Yes Occasional smoker No

Do you currently use tobacco or e-cigarettes with nicotine products?

(If your answer is 'No', please do not check any other answer)

Cigarettes Smokeless tobacco No
Cigar E-Cigarettes with nicotine
Pipe tobacco (non-ceremonial) Other tobacco products

Are you exposed to secondhand smoke?

Always Sometimes Never
Often Rarely

Which of the following create barriers to being healthy and getting the health care you need?

Please select all that apply.

Transportation Food Other
Housing Caregiver responsibilities None

Please describe the "Other" barriers you have to being healthy and getting the health care you need.

What other questions, fears, or concerns do you have about your health?

How would you prefer that we contact you?

Phone

Email

Mail

Text

Once you've completed this assessment, please email it to healthyhelp@cfhp.com.

You can also mail it to us at the following address:

Community First Health Plans
Attention:
Population Health Management
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

After you submit this assessment, a Community First Health Educator will contact you to discuss different Health & Wellness Programs you may be eligible for. You can opt out of a Health & Wellness Program at any time. If you have any questions or would like to opt out of a Health & Wellness Program, please contact a Community First Health Educator at healthyhelp@cfhp.com or call **210-358-6055**.

Evaluación General de Salud

Esta Evaluación General de Salud fue creada para ayudar a Community First Health Plans a atender mejor las necesidades de salud de nuestros Miembros. Por favor complete la evaluación y siga las instrucciones a continuación para devolverla.

Si prefiere completar esta evaluación en línea, vaya a CommunityFirstHealthPlans.com/Health-Assessment.

Número del Miembro: _____ Correo electrónico: _____
Nombre del Miembro: _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____
Peso: _____ Estatura: _____ Índice de masa corporal (IMC): _____
Fecha de evaluación: _____

¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente Regular Muy mala
Buena Mala

¿Cuál es su idioma preferido?

Inglés Árabe Polaco
Español Hebreo Ruso
Francés Japonés Chino
Alemán Italiano Otro

Si seleccionó "Otro", escriba aquí su idioma preferido:

¿Con cuál o cuáles de las siguientes razas y etnias se identifica? Seleccione todas las que correspondan.

Blanco Nativo de Hawái u otra Isla Prefiero no responder
Hispano o Latino del Pacífico No lo sé/No estoy seguro(a)
Negro o Afroamericano Indígena Americano,
Asiático Nativo de Alaska o de las
Primeras Naciones
Raza Mixta

¿Cuántos medicamentos recetados toma de manera regular? (a diario o cada dos días)

1-2	5-7	Más de 10
3-4	8-10	Ninguno

¿Toma sus medicamentos (incluidos los de venta libre) exactamente como lo recomienda su profesional de la salud?

Sí No

Si seleccionó "No", ¿cuáles son las razones por las que no está tomando sus medicamentos exactamente como lo recomienda su profesional de la salud?

No puedo pagar los medicamentos	Olvido tomarlos	Apoyo inadecuado del cuidador
Problemas con efectos secundarios	Olvido llevar el medicamento cuando viajo o salgo de casa	Estoy tomando demasiados medicamentos, así que no tomo todos cada vez como se ordenó
No surtí las recetas	Me siento mejor, así que dejé de tomarlos	Otro
No veo la necesidad de tomar medicamentos	Problemas de transporte	
Falta de conocimiento sobre el uso de los medicamentos		

Si seleccionó "Otro", explique las razones por las que no toma sus medicamentos exactamente como se ordenó:

¿Cuál de las siguientes condiciones le ha dicho un profesional de la salud que tiene? Seleccione todas las que apliquen.

Diabetes	Depresión	Úlcera (estomacal, duodenal, péptica)
Insuficiencia cardíaca	Prediabetes, diabetes límite, glucosa en ayunas alterada, azúcar alta en sangre	Enfermedad renal o hepática
Enfermedad de las arterias coronarias (EAC)	Angina o angina de pecho	Artritis
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Ataque cardíaco (infarto de miocardio, IM)	Esquizofrenia
Asma	Cualquier otra condición cardíaca	Trastorno bipolar
VIH/SIDA	Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (AIT)	Dolor crónico
Dolor de espalda		Otra
Cáncer de cualquier tipo		Ninguna de las condiciones mencionadas

Si selecciono "Otra", indique qué condición(es) le dijeron que tenía:

¿Se ha aplicado la vacuna contra la gripe en el último año?

Sí No No lo sé/No estoy seguro(a)

¿Está al día con todas las vacunas recomendadas para su edad y género?

(Ej.: Tdap a partir de los 19 años cada 10 años; herpes zóster a partir de los 60 años)

Sí No No lo sé/No estoy seguro(a)

¿Cuántas veces en el último mes ha consumido drogas de manera recreativa o en forma indebida (más de lo indicado)?

Una vez	Tres veces	No consumo drogas recreativas ni de manera indebida
Dos veces	Más de tres veces	

PARA HOMBRES: ¿Cuántas veces en el último mes ha consumido más de 4 bebidas alcohólicas en un día o más de 14 en una semana?

Una vez	Tres veces	No bebo alcohol
Dos veces	Más de tres veces	

PARA MUJERES: ¿Cuántas veces en el último mes ha consumido más de 3 bebidas alcohólicas en un día o más de 7 en una semana? (cerveza, vino, bebida de malta o licor)

Una vez	Tres veces	No bebo alcohol
Dos veces	Más de tres veces	

¿Ha usado ALGUNA VEZ tabaco o cigarrillos electrónicos con nicotina?

Sí Fumo ocasionalmente No

¿Actualmente usa tabaco o cigarrillos electrónicos con nicotina?

Si su respuesta es "No", no seleccione ninguna otra opción.

Cigarrillos	Tabaco sin humo	No
Puro	Cigarrillos electrónicos con nicotina	
Tabaco de pipa (no ceremonial)	Otros productos de tabaco	

¿Está expuesto(a) al humo de segunda mano?

Siempre	A veces	Nunca
Frecuentemente	Rara vez	

¿Cuáles de los siguientes cosas hacen más difícil mantenerse saludable y obtener la atención médica que necesita?

Seleccione todas las que apliquen.

Transporte	Alimentos	Otro
Vivienda	Responsabilidades como cuidador	Ninguno

Si seleccionó "Otro", describa las cosas que hacen más difícil mantenerse saludable y obtener la atención que necesita.

¿Qué otras preguntas, miedos o inquietudes tiene sobre su salud?

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?

Teléfono

Correo electrónico

Correo postal

Texto

Quando complete esta evaluación, envíela por correo electrónico a: healthyhelp@cfhp.com.

También puede enviarla por correo postal a la siguiente dirección:

Community First Health Plans
Attention:
Population Health Management
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

Después de enviarla, un(a) Educador(a) de Salud de Community First se comunicará con usted para hablar sobre los distintos programas de Salud y Bienestar para los que usted podría calificar. Puede optar por salir de cualquier programa de Salud y Bienestar en cualquier momento. Si tiene preguntas o desea optar por salir, comuníquese con un(a) Educador(a) de Salud escribiendo a healthyhelp@cfhp.com o llamando al **210-358-6055**.