



AETNA BETTER HEALTH® OF NEW JERSEY

Formulario de transición de atención

¡Bienvenido a Aetna Better Health of New Jersey! Es importante para nosotros asegurarnos de que su atención de salud continúe cuando pase a ser miembro de nuestro plan.

Le pedimos que complete este formulario para que podamos ayudarlo a continuar con la atención que ha estado recibiendo y a obtener la atención médica que necesita. Entréguelo en el sobre provisto. Si quiere hacer preguntas, o si prefiere responder el formulario por teléfono, llame gratis al **1-855-232-3596, TTY (línea para personas con problemas de audición) 711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del miembro _____ N.º de ID del miembro _____
Su nombre (si usted no es el miembro): _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____
Relación con el miembro _____ N.º de teléfono (____) _____
Dirección del miembro _____

Atención de salud actual

1. ¿Está viendo a algún médico ahora? ☐ Sí. ☐ No.

En caso afirmativo, escriba el nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

2. ¿Necesita un nuevo médico? ☐ Sí. ☐ No.

3. ¿Ha elegido un médico nuevo? ☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

En caso afirmativo, escriba el nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

4. ¿Ha programado una cita con su nuevo médico? ☐ Sí. ☐ No.

5. ¿A qué médicos consulta ahora?

Nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

Ve a este médico por _____

Nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

Ve a este médico por _____

6. ¿Está embarazada o ha tenido un bebé en los últimos 30 días? ☐ Sí. ☐ No.

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de parto? ¿Cuándo dio a luz? Fecha _____

¿Tiene o tuvo un médico para este embarazo? ☐ Sí ☐ No

Nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

7. ¿Actualmente recibe servicios de atención domiciliaria? ☐ Sí. ☐ No.

8. ¿Usa actualmente equipo médico duradero (como silla de ruedas, oxígeno o respirador)? ☐ Sí. ☐ No.

9. ¿Tiene programado recibir o recibe alguno de los siguientes?

☐ Cirugía optativa

☐ Terapias física, ocupacional o del habla (subraye cuáles)

☐ Terapia de rehabilitación

☐ Tratamiento contra el cáncer



- ☐ Tratamiento por abuso de sustancias ☐ Tratamiento de salud mental
☐ Diálisis renal ☐ Otro _____

Medicamentos

1. ¿Toma medicamentos con receta actualmente? ☐ Sí. ☐ No.
2. ¿Cree que tendrá algún problema para abastecer alguna receta en los próximos 90 días? ☐ Sí. ☐ No.
3. ¿Cuál es su farmacia y sucursal preferidas? _____

Antecedentes médicos

1. ¿Le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? Por favor, marque todo lo que corresponda.

- | | |
|--|---|
| ☐ Asma | ☐ Diabetes (azúcar alta) |
| ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva | ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| ☐ Enfermedad de las arterias coronarias
(enfermedad del corazón) | ☐ Problemas de abuso de sustancias |
| ☐ VIH/sida | ☐ Trastorno del comportamiento o de salud mental |
| ☐ Cáncer Tipo _____ | Fecha _____ |
| ☐ Trasplante de órganos Tipo _____ | Fecha _____ |
| ☐ Otro _____ | |

2. ¿Tiene problemas para obtener algún servicio de salud? ☐ Sí. ☐ No.

3. ¿Quiere que lo llamemos para hablar sobre sus inquietudes? ☐ Sí. ☐ No.

En caso afirmativo, ¿cuál es la mejor manera para ponernos en contacto con usted? _____

En caso afirmativo, ¿qué día y a qué hora le conviene que lo llamemos? _____

4. ¿Qué idioma prefiere? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro idioma _____

☐ ¿Tiene dificultad para comunicarse? (como problemas auditivos o del habla) _____

Complete este formulario y entréguelo en el sobre impreso que se le proporcionó o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
3 Independence Way
Princeton, NJ 08540

¿Tiene preguntas?

Llame gratis al **1-855-232-3596, TTY (línea para personas con problemas de audición) 711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite **www.aetnabetterhealth.com/newjersey**.