

# Beneficios y Formularios

Utilice este folleto como una ayuda para entender mejor su nuevo plan de salud y beneficios. ¡De esa manera puede enfocarse en estar sano!



## REVISE EL CONTENIDO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LO SIGUIENTE:



Servicios de Atención Médica



Cómo Ganar Recompensas



Servicios de Valor Agregado



Cómo hallar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP)



Dónde ir para Obtener Cuidados
















Formularios de Salud Importantes

**¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?** Llámenos al **1-833-752-1664 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **OklahomaCompleteHealth.com** en cualquier momento.

# Incluya a Oklahoma Complete Health como Parte de su Plan

Oklahoma Complete Health proporciona una cobertura de atención médica de calidad con programas y servicios valiosos. De esta manera, usted y su familia pueden enfocarse en estar sanos. Utilice este folleto para aprovechar al máximo su seguro. Téngalo a mano para obtener información útil sobre su plan de salud.

## Contenido:

	Obtenga más Información sobre su Cobertura .....	2
	Transporte .....	3
	Servicios de Valor Agregado .....	4
	Cree su Cuenta de Miembro en Línea .....	9
	Saber Dónde ir para Obtener Cuidados .....	10
	Su Atención Cuando Cambia de Plan de Salud o de Doctor .....	12
	Cuéntenos sobre su Salud .....	14
	Comience a Ganar Recompensas <i>myhealthpays</i> <sup>®</sup> .....	15
	Proveedor de Cuidado Primario (PCP) .....	16
	Notificación de Embarazo .....	18
	Declaración de No Discriminación .....	20
	Notificación de Prácticas de Privacidad .....	24
	Formularios y Sobre .....	31

## CONÉCTESE:

- Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** para configurar su cuenta en línea del portal para miembros.
- Vea los beneficios de su plan de salud.
- Acceda a otra información importante, como su tarjeta de identificación, reclamaciones, autorizaciones y más.

## SI NO DISPONE DE ACCESO A INTERNET:

- Lea este folleto y otros materiales para miembros incluidos en este paquete.
- Complete los formularios que se encuentran al dorso de este folleto y envíelos por correo usando el sobre con franqueo pagado.
- Llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664 (TTY: 711)** con el fin de obtener ayuda para encontrar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) o para realizar todas las preguntas que pueda tener.

Si necesita interpretación oral, ayudas y servicios auxiliares, o esta información en otro idioma o en un formato alternativo, llámenos al **1-833-752-1664 (TTY: 711)**.

## UTILICE ESTA LISTA COMO AYUDA PARA COMENZAR

Siga los pasos que se indican a continuación. Complete los formularios necesarios. Luego, **marque las casillas** al finalizar cada paso.

### **Obtenga Más Información Sobre Sus Beneficios**

Encuentre información importante sobre sus beneficios y servicios en este folleto y en el manual del miembro de Oklahoma Complete Health. El manual se encuentra en **OklahomaCompleteHealth.com** en la sección de miembros. Si desea recibir una copia impresa, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664 (TTY: 711)**. Se enviarán copias adicionales del Manual del Miembro a solicitud.

### **Cree su Cuenta del Portal para Miembros**

Cree su cuenta de miembro en línea siguiendo los pasos de la página 9.

Inicio de sesión: \_\_\_\_\_

Contraseña: \_\_\_\_\_

*Guarde esto en un lugar seguro.*

### **Complete el Formulario de My Health Screening (Mi Información de Salud)**

El formulario de My Health Screening nos ayuda a estar informados sobre sus necesidades de atención médica. Utilizamos este formulario para averiguar cualquier cambio que haya experimentado en su salud. Por eso es importante completar este formulario cada año. Al tener esta información, podemos satisfacer sus necesidades de salud específicas con más servicios o recursos.

Complete el formulario que se encuentra en el reverso del folleto y devuélvalo en el sobre con franqueo pagado. También puede completar el formulario en línea escaneando el código QR del formulario o visitando nuestro sitio web en **Member.OklahomaCompleteHealth.com** mediante su portal para miembros.

### **Comience a Ganar Recompensas *myhealthpays***

¡Los miembros de Oklahoma Complete Health pueden ganar recompensas solo con mantenerse saludables! Visite **OklahomaCompleteHealth.com** o consulte la página 15 para obtener más información sobre *myhealthpays*.

### **Haga una Cita para Ver a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)**

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Horario de Atención: \_\_\_\_\_ Fecha de la Primera Cita: \_\_\_\_\_

Cambie de PCP en **Member.OklahomaCompleteHealth.com**.

### **Notificación de Embarazo**

Si está embarazada, complete el formulario de Notificación de Embarazo (NOP). Complételo en línea mediante el portal para miembros en **OklahomaCompleteHealth.com**. O utilice el formulario que se incluye en el reverso del folleto y devuélvalo utilizando el sobre con franqueo pagado. Gane \$25 en recompensas *myhealthpays* por completar el formulario en su primer trimestre o \$10 por completarlo en el segundo trimestre. Durante su embarazo y período de posparto, gane \$25 por completar una visita prenatal Start Smart for Your Baby® y \$10 por completar una visita postparto. Llame al administrador de su caso de obstetricia para obtener más detalles.\* \*Pueden aplicarse restricciones



### **Oklahoma Complete Health ofrece una amplia gama de servicios de atención médica\*.**

\*Se aplican limitaciones.



#### **SERVICIOS MÉDICOS:**

- Visitas al consultorio del proveedor.
- Medicamentos.
- Laboratorios.
- Radiografías.
- Atención médica a domicilio.
- Ingresos hospitalarios.
- Suministros médicos.



#### **SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA:**

- Exámenes oculares.
- Anteojos.



#### **SALUD CONDUCTUAL Y SERVICIOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS:**

- Análisis de Comportamiento Aplicado (cómo funciona el comportamiento en situaciones de la vida real).
- Terapia, apoyo familiar y capacitación.
- Servicios de asesoramiento individual, grupal y familiar.
- Servicios de Certified Community Behavioral Health (CCBH).
- Evaluación y tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados.
- Detección y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, incluyendo servicios contra la adicción y ayuda con los síntomas de abstinencia.
- Servicios de salud mental proporcionados en un entorno residencial.
- Hospitalización parcial.
- Servicios de tratamiento diurno.
- Servicios de apoyo en la recuperación entre pares.
- Manejo de casos de rehabilitación.

**Esto es solo una descripción general de los servicios. Revise sus beneficios para ver si un determinado servicio médico, de oftalmología o de salud mental está cubierto.**



## Emergencia:

Si necesita transporte de emergencia, como una ambulancia, llame al **911**.

## Cuando no se trata de una emergencia:

Oklahoma Complete Health puede organizar el transporte para ayudarlo a ir y volver de sus citas de atención cubiertas por Medicaid. Este servicio se le proporcionará de manera gratuita. El transporte que no es de emergencia incluye vehículos personales, taxis, camionetas y transporte público.



**Llame a servicios de transporte al 1-877-718-4212 para reservar. Debe llamar por lo menos 72 horas antes de su cita, excluyendo fines de semana y días festivos oficiales.**



**Los miembros de Oklahoma Complete Health son elegibles para obtener los beneficios adicionales que se indican a continuación:**

Beneficio	Descripción
<b>Membresías para Boys &amp; Girls Club</b>	Oklahoma Complete Health les ofrece membresías para Boys & Girls Clubs a miembros de entre 6 y 18 años de edad.
<b>Respire Mejor en Casa</b>	<p>Oklahoma Complete Health proporciona ayuda para el autocontrol del asma a través de los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas a domicilio por parte de un administrador de cuidados o un trabajador de salud comunitaria para examinar el hogar en busca de factores desencadenantes ambientales, como polvo, plagas, moho, etc.</li> <li>• Educación para el manejo del asma en el hogar y recursos para dejar de fumar.</li> <li>• Subsidios de atención de hasta \$250 por año por miembro para apoyar la eliminación (solución) de los desencadenantes del asma en el hogar (por ejemplo, ropa de cama hipoalérgica, control de plagas, limpieza de alfombras, limpiadores con poca cantidad de compuestos orgánicos volátiles, etc.).</li> <li>• Nebulizador adicional para miembros de 0 a 18 años de edad.</li> </ul>
<b>ConnectionsPlus®</b>	Mediante nuestro programa de ConnectionsPlus®, Oklahoma Complete Health proporciona teléfonos móviles y planes de datos sin costo a los miembros de la administración de cuidados que no tienen acceso seguro y confiable a servicios telefónicos o a la web y que no califican para el programa federal SafeLink Wireless®. ConnectionsPlus® les permite a los miembros tener acceso a proveedores, administradores de atención médica, servicios de telesalud y al <b>911</b> .
<b>Aplicación Digital Behavioral Health (BH)</b>	<p>Oklahoma Complete Health ofrece a los miembros mayores de 13 años acceso a myStrength® Complete, nuestra aplicación digital de BH para la educación y el asesoramiento en materia de salud. myStrength® cuenta con herramientas en línea personalizadas y capacitación para ayudar a los miembros con depresión, ansiedad, estrés, uso de sustancias, dolor crónico y problemas de sueño. Los miembros pueden utilizar la aplicación mediante nuestro sitio web en cualquier momento.</p> <p>myStrength® también respalda los aspectos físicos y espirituales de la salud de toda la persona. Los miembros mayores de 18 también pueden acceder a dos elementos más mediante myStrength® Complete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas virtuales a proveedores de BH.</li> <li>• Asistencia para la prevención de suicidios de Choose Tomorrow.</li> </ul>



Beneficio	Descripción
<b>Apoyo Educativo y Habilidades Laborales</b>	<p>Oklahoma Complete Health ofrece tres beneficios para ayudar a los miembros a mejorar sus calificaciones en la escuela u obtener su diploma o Examen del Desarrollo Educativo General (GED). Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para los miembros de 16 años o más sin diploma de escuela secundaria, proporcionamos tutoría GED y vales para exámenes.</li><li>• Para miembros calificados en grados K-12, proporcionamos tutorías presenciales o virtuales para jóvenes elegibles en la administración de cuidados que están en riesgo de reprobar una de las asignaturas principales o más.</li><li>• Para los miembros adultos en la administración de cuidados, ofrecemos becas para asistir a Rose State College con el fin de obtener una microcertificación de un trabajador de salud comunitaria (CHW).</li></ul>
<b>Servicios de Transporte Mejorado</b>	<p>Para apoyar de forma completa a nuestros miembros, ofrecemos estos beneficios de transporte (traslado) mejorado mediante nuestros socios de transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionamos un viaje por día a los padres o tutores para visitar a un niño hospitalizado.</li><li>• Proporcionaremos 15 viajes de ida y vuelta por miembro al año, hasta 50 millas desde el hogar del miembro para apoyar determinantes sociales de las necesidades de salud (SDOH). Estos incluyen; ir a tiendas de comestibles, despensa de alimentos, mercados de agricultores, programas WIC, servicios de cuidado infantil, entrevistas de trabajo, actividades educativas y grupos de apoyo.</li><li>• Los miembros que utilicen transporte médico que no es de emergencia (NEMT) podrían llevar hasta cuatro niños cuando no se disponga de servicios de cuidado infantil*.</li></ul> <p><i>*El número total de pasajeros no puede ser más de cinco.</i></p>
<b>Salud, Bienestar y Aprendizaje sobre la Salud</b>	<p>Oklahoma Complete Health ayuda a los miembros a hacerse cargo de su salud, aprender acerca de sus condiciones y participar en comportamientos saludables. Los beneficios incluyen los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso sin costo a nuestra biblioteca de salud en línea. Cuenta con más de 4,000 artículos fáciles de leer. Los miembros pueden aprender sobre bienestar, enfermedades, planes de atención médica, medicamentos y otros consejos y datos de salud.</li><li>• Nuestro Healthy Kids Club les envía a los miembros jóvenes un nuevo libro, un paquete de bienvenida, una tarjeta de membresía de Kid Club y boletines trimestrales cuando un padre o tutor los suscribe.</li></ul>
<b>Peso Saludable</b>	<p>Oklahoma Complete Health proporciona este beneficio para mantener un peso saludable.</p> <p>Ofrecemos membresías virtuales de WeightWatchers® para miembros mayores de 18 años en la administración de cuidados cuyos proveedores recomiendan aumentar la alimentación saludable y la actividad física para reducir su índice de masa corporal (BMI).</p>



Beneficio	Descripción
<b>Inseguridad y Falta de Vivienda</b>	<p>Oklahoma Complete Health apoya a los miembros que experimentan inseguridad o falta de vivienda haciendo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Asociarse con organizaciones que proporcionan albergue para los miembros que sufren falta de vivienda después de haber sido dados de alta de un hospital de Oklahoma City.</li><li>• Asociarse con Servicios de Asistencia Legal para ofrecer apoyo a los miembros en la administración de cuidados que necesitan ayuda para conseguir empleo, vivienda, beneficios de servicios sociales o asuntos legales relacionados con la salud.</li></ul>
<b>Apoyo Nutricional y Seguridad Alimentaria</b>	<p>Oklahoma Complete Health ofrece los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para los miembros en administración de cuidados que dan positivo en la inseguridad alimentaria, proporcionaremos hasta \$100 al año en vales de Food Rx para alimentos nutricionales.</li><li>• Para los miembros calificados en la administración de cuidados que recibieron el alta hospitalaria, incluso a los miembros con embarazos de alto riesgo, les proveemos 14 comidas de especialidad entregadas a su hogar.</li><li>• Para los miembros en la administración de cuidados que necesitan más asesoramiento nutricional debido a una condición crónica, ampliamos el beneficio de asesoramiento nutricional del estado, por lo que serán cuatro horas más al año.</li></ul>
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	<p>Oklahoma Complete Health proporciona un beneficio de OTC a todos los miembros por hasta \$50 por hogar por trimestre. Los productos pueden ser medicamentos que traten el resfriado, la tos y la alergia, vitaminas, suplementos, preparaciones oftálmicas/ópticas, analgésicos, productos gastrointestinales, primeros auxilios, productos de higiene, repelente de insectos, productos para la higiene bucal y el cuidado de la piel.</p>
<b>Pyx Health (Pyx)</b>	<p>Pyx es una aplicación móvil que reduce el aislamiento social. Proporciona compañía y recursos a los miembros adultos que están aislados socialmente o que tienen una afección y que se beneficiarían del contacto diario mediante Pyx. Los miembros reciben llamadas telefónicas del Pyx Compassionate Call Center e interactúan diariamente mediante Pyx, un chatbot amistoso disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que proporciona una experiencia interactiva y de apoyo.</p>
<b>Ready for my Recovery</b>	<p>Nuestro beneficio Ready for my Recovery ayuda a los miembros en su camino de recuperación. Les ofrece una recompensa de \$30 de My Health Pays® por cada seis meses de participación activa en el tratamiento de recuperación, así como una mochila de recuperación que incluye una botella de agua, un kit de autocuidado, un diario, un bolígrafo e información y recursos de BH.</p>





Beneficio	Descripción
<b>Monitorización de Pacientes a Distancia (RPM)</b>	<p>Nuestro programa de diabetes utiliza tecnología celular, lecturas de glucosa (azúcar en sangre) en tiempo real y recargas automáticas de suministros para ayudar a los miembros a hacer un seguimiento de su diabetes. Los miembros recibirán un kit de suministros en su casa con una introducción al programa, un glucómetro, una guía de instrucciones y un suministro de tiras reactivas. Nuestro proveedor de kits para la diabetes controlará los registros del miembro y se pondrá en contacto con él si faltan lecturas o si son más altas de lo normal.</p> <p>Nuestro programa para personas con diabetes y un embarazo de alto riesgo es un programa especial para personas miembro que están embarazadas. Ayuda a estas personas a realizar un seguimiento de su presión arterial, su glucosa y los latidos del corazón de su bebé.</p> <p>Los administradores de cuidados de Oklahoma Complete Health ayudarán a programar las visitas si es necesario.</p>
<b>Cuidados de Relevó</b>	<p>Oklahoma Complete Health cubrirá el costo de hasta 48 horas por año de apoyo de relevó (descanso) para los cuidadores de miembros que están en la administración de cuidados. Un mayor número de horas de descanso puede ayudar a reducir el desgaste del cuidador.</p>
<b>Deportes y Exámenes de Campamento</b>	<p>Oklahoma Complete Health cubre los exámenes físicos de deportes o campamentos para los miembros jóvenes de 5 a 18 años. El examen físico analiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Altura, peso y presión arterial.</li><li>• Visión.</li><li>• El corazón y los pulmones.</li><li>• Articulaciones y movimiento.</li></ul>
<b>Beneficios adicionales de Start Smart for Your Baby® (SSFYB)</b>	<p>Además de nuestro programa de SSFYB CM basado en evidencia, ofrecemos a los miembros de SSFYB varios beneficios, entre los que se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acceso a doulas comunitarias en Tulsa mediante Tulsa Birth Equity Initiative y en Oklahoma City mediante Agape Midwifery and Wellness;</li><li>• Acceso ilimitado a doulas virtuales las 24 horas, los 7 días de la semana.</li><li>• Apoyo para miembros que están amamantando hasta por 12 meses después del parto mediante Health in Her Hue and Pacify; Health in Her HUE conecta a las mujeres negras y a las mujeres de color con los proveedores de atención sanitaria culturalmente sensibles, con el contenido de salud basado en la evidencia y los grupos de apoyo comunitarios Centering Pregnancy;</li><li>• Un extractor de leche de hospital para apoyar la lactancia materna (uno por embarazo);</li></ul>



## Servicios de Valor Agregado

Beneficio	Descripción
<b>Beneficios adicionales de Start Smart for Your Baby® (SSFYB)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baby showers comunitarios donde los miembros pueden obtener una cuna portátil y educación para que el bebé duerma de forma segura (una cuna por embarazo).</li> <li>• Transporte (traslados) a citas para las mujeres afiliadas en la administración de cuidados y que están transitando embarazos de alto riesgo. Esto es proporcionado por nuestros socios locales.</li> <li>• Educación prenatal (antes del nacimiento) y clases para padres cuando son remitidos por un administrador de cuidados.</li> </ul>
<b>Servicios para Dejar de Fumar</b>	Ayudar a los habitantes de Oklahoma a dejar de fumar reducirá la carga de enfermedades crónicas para los miembros. Oklahoma Complete Health ofrece recompensas de My Health Pays® para apoyar a los miembros que quieren dejar de fumar. Ofrecemos \$25 por el primer llenado de medicamento para dejar de fumar y \$50 por completar el programa.
<b>Subsidios de Sanación Tradicional</b>	Oklahoma Complete Health respeta las preferencias culturales de los miembros en cuanto a la atención médica. Proporcionamos un subsidio de \$250 por año para la sanación ceremonial o espiritual que puede ayudar en la mejora de la salud física o conductual y bienestar general. El miembro debe estar inscrito en una Tribu Reconocida Federalmente.
<b>Servicios de Oftalmología para Adultos</b>	Oklahoma Complete Health amplía los servicios de visión cubiertos por el estado para miembros mayores de 21 años ofreciendo un examen ocular de rutina anual y \$150 para el costo de anteojos o lentes de contacto cada dos años.
<b>Membresía YMCA</b>	<p>Proporcionamos membresías de adultos y jóvenes para las YMCAs locales a fin de apoyar la actividad física y un estilo de vida saludable para los miembros.</p> <p>Su membresía de YMCA se puede renovar por hasta un año completo <b>si</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted es un adulto que asistió al menos 10 días en tres meses.</li> <li>• Usted es un joven que asistió al menos 20 días en seis meses.</li> </ul>

### También ofrecemos los siguientes beneficios sin costo adicional:

- ✓ Ayuda adicional para afecciones de salud complejas mediante nuestros programas de administración de caso y de enfermedades.
- ✓ Coordinación de la atención médica con programas y servicios en su comunidad.
- ✓ Una línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las **24 horas del día, los 7 días de la semana** para brindarle asesoramiento inmediato sobre cualquier problema relacionado con su salud. Llame al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para hablar con una enfermera en directo.





Visite **OklahomaCompleteHealth.com** para ver lo siguiente:



**Nuestro directorio de Proveedores:** El directorio de proveedores en línea de Oklahoma Complete Health tiene la lista más actualizada de proveedores de atención médica de la red. Esta lista se actualiza diariamente. Utilice nuestra herramienta “Find a Provider” (“Buscar un Proveedor”) para buscar un proveedor en su zona.



**Su Manual del Miembro:** El manual del miembro de Oklahoma Complete Health se encuentra en la sección “Member” (“Miembros”). Incluye información útil sobre su cobertura y beneficios.

Para obtener una copia impresa del Directorio de Proveedores o del Manual del Miembro llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Le enviaremos copias de estos materiales sin costo alguno.

## Cree su Cuenta de Miembro en Línea



Obtener su información médica en línea es fácil. Para empezar, visite

**Member.OklahomaCompleteHealth.com** para crear una cuenta con EntryKeyID.

Si ya tiene una cuenta con EntryKeyID, puede utilizar el mismo correo electrónico y la misma contraseña para el portal para miembros de Oklahoma Complete Health.

### Para crear una cuenta, necesitará lo siguiente:

- ✓ Una dirección de correo electrónico.
- ✓ Su identificación (ID) de miembro, tal y como aparece en su tarjeta de miembro.
- ✓ Su nombre, apellido y fecha de nacimiento.

Siga las instrucciones que aparecen en pantalla para crear una ID y una contraseña. Después de iniciar sesión, tendrá que introducir su ID de miembro y su fecha de nacimiento para vincular su nuevo EntryKeyID.

Una vez configurada su cuenta en el portal para miembros de Oklahoma Complete Health, podrá ver sus datos de salud, declaraciones, evaluaciones de riesgos y mucho más. Su EntryKeyID también se puede utilizar para acceder a sus datos médicos desde aplicaciones de terceros que admiten el acceso de pacientes.



## Saber Dónde ir para Obtener Cuidados

### *Obtenga los Cuidados Adecuados en el Lugar Adecuado*

Asegúrese de saber dónde obtener atención médica cuando la necesite. Si usted se enferma o se lesiona, tiene varias opciones para obtener la atención que necesita.



#### **PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)**

Su PCP es su proveedor principal. Si su condición no pone en peligro su vida, su primera opción debería ser llamar a su PCP.

**Llame a su PCP si necesita alguna de estas cosas:**

- Ayuda con resfriados, gripe o fiebre.
- Atención para problemas de salud continuos como el asma o la diabetes.
- Un chequeo rutinario anual.
- Vacunas.
- Consejos generales sobre su salud integral.



#### **LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA**

Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) para hablar con alguien que pueda responder preguntas sobre su salud. También pueden ayudarlo a decidir a dónde acudir para recibir atención.

**Llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería si necesita alguna de estas cosas:**

- Ayuda para saber si debe ir a un centro de atención de urgencia o esperar a ver a su PCP.
- Ayuda para cuidar a un niño enfermo.
- Respuestas a preguntas sobre su salud.



#### **CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA**

Los centros de atención de urgencia ayudan a tratar enfermedades o lesiones que no son potencialmente mortales, pero que no pueden esperar hasta el día siguiente. Si el consultorio de su PCP está cerrado, un centro de atención de urgencia puede brindarle atención de manera rápida y práctica. Los centros de atención de urgencia también pueden ofrecer tiempos de espera más cortos que los que se ofrecen en la Sala de Emergencias (ER).

**Vaya a un centro de atención de urgencia para lo siguiente:**

- Esguinces.
- Infección del oído.
- Fiebres altas.
- Síntomas de gripe con vómitos.



## SALA DE EMERGENCIAS (ER)

Cualquier problema que pueda poner en peligro su vida (o la vida de su hijo por nacer, si está embarazada) sin atención médica inmediata se considera una situación de emergencia. Los servicios de emergencia tratan lesiones accidentales o la aparición de lo que podría ser una condición médica con riesgo de muerte.

### Diríjase a la ER si tiene lo siguiente:

- Fracturas.
- Sangrado que no se detiene.
- Dolores de parto u otro sangrado (si está embarazada).
- Dolores torácicos intensos o síntomas de un ataque cardíaco.
- Síntomas de accidente cerebrovascular, como dificultad para hablar, caída facial o entumecimiento de los brazos.
- Sobredosis de medicamentos.
- Ingesta de veneno.
- Quemaduras graves.
- Convulsiones.
- Dificultad para respirar.
- Una repentina incapacidad de ver, moverse o hablar.
- Heridas de pistola o cuchillo.
- Lesión autoinfligida que necesita atención médica.

Aunque algunas cosas pueden parecer una emergencia en ese momento, solo debe usar la ER si es una verdadera emergencia.

### Evite la ER y llame a su PCP, a la Línea de Asesoramiento de Asesoramiento de Enfermería o a un centro de atención de urgencia para cuestiones como las siguientes:

- Un resfriado, dolor de garganta, dolor de oído o gripe.
- Esguinces o distensiones.
- Cortes o rasguños que no requieren puntos de sutura.
- Medicamentos o resurtidos de medicamentos recetados.
- Erupción causada por el pañal.



## SERVICIOS PARA CRISIS DE SALUD MENTAL

Los servicios para crisis de salud mental ayudan a las personas que están teniendo una crisis de salud mental, la cual comprende cualquier situación en la que el comportamiento de una persona podría ponerla en riesgo de hacerse daño a sí misma o a otros. Llame o envíe un mensaje de texto a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis al **988** si tiene lo siguiente:

- Un ataque de pánico.
- Depresión extrema o ansiedad.
- Problemas de drogas o alcohol.
- Pensamientos suicidas.
- Pensamientos de querer hacerse daño o dañar a otros.



## Su Atención Cuando Cambia de Plan de Salud o de Doctor

- ✓ Si decide dejar Oklahoma Complete Health, compartiremos la información sobre su salud con su nuevo plan. Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su seguro de salud anterior o SoonerCare, incluso si el proveedor que usted está viendo es un proveedor fuera de la red. Las autorizaciones previas se respetarán hasta que se utilicen los servicios o hasta 90 días después de que comiencen los beneficios de su nuevo plan, lo que ocurra primero. Después de eso, le ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener servicios adicionales si los necesita.
- ✓ Si está embarazada cuando se une a Oklahoma Complete Health, puede continuar la atención que estaba recibiendo antes de unirse a nuestro plan. Puede continuar viendo a su médico incluso si él o ella es un proveedor fuera de la red. Si está recibiendo quimioterapia o radioterapia, diálisis, servicios de trasplante de órganos o tejidos principales, cirugía bariátrica, tratamiento con Synagis, medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C o si tiene una enfermedad terminal, cuando cambie de plan puede continuar su plan de tratamiento actual.
- ✓ Los niños que reciban servicios privados de enfermería seguirán recibiendo dichos servicios. Estos servicios solo cambiarán si realizamos una nueva evaluación y determinamos que su hijo necesita diferentes servicios.
- ✓ Seguiremos cubriendo sus servicios fuera del estado y/o comidas y alojamiento si ya los está recibiendo de SoonerCare cuando se une a nuestro plan.
- ✓ Si está recibiendo servicios para la hemofilia, se le seguirán proporcionando dichos servicios con sus proveedores actuales de hemofilia durante un máximo de 90 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Luego de 90 días, podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.
- ✓ Si está recibiendo un plan de tratamiento actual y servicios de salud conductual, puede seguir viendo a su(s) proveedor(es) actual(es) de tratamiento de salud conductual hasta por 90 días, incluso si el proveedor está fuera de la red. Luego de 90 días, podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.



- ✓ Si está esperando un equipo médico duradero (DME) o suministros autorizados y solicitados antes de unirse a nuestro plan, le ayudaremos a recibir estos productos a tiempo.
- ✓ Si su PCP deja Oklahoma Complete Health, se lo comunicaremos por escrito dentro de los 15 días posteriores a que nos enteremos de esto. Le diremos cómo puede elegir un nuevo PCP o bien elegiremos uno por usted en caso de que usted no lo haga.
- ✓ Si está en un plan de tratamiento actual y está recibiendo tratamiento para una condición médica crónica o aguda, puede continuar el tratamiento durante el período o el tratamiento activo actual, o hasta 90 días corridos, lo que sea menor. Después de este período, podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.
- ✓ Si está embarazada y en el segundo o tercer trimestre, puede continuar con su atención durante el período postparto que comienza inmediatamente después del parto y se extiende por unas seis semanas. Después de este período, podemos ayudarla a encontrar un proveedor de la red.



**Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros  
al 1-833-752-1664 (TTY: 711)**



### *Oklahoma Complete Health quiere ayudarlo a estar y permanecer sano. Nuestro formulario de My Health Screening nos ayuda a estar informados sobre sus necesidades de salud actuales.*

My Health Screening le hará preguntas sobre su salud actual. Su proveedor y su plan de salud usarán esta información para conocer cualquier cambio de salud que usted haya tenido o para satisfacer mejor sus necesidades de salud. Por eso es importante completar este formulario cada año. Con esta información, podemos satisfacer sus necesidades de salud específicas con más servicios o asistencia.

#### **COMPLETE EL FORMULARIO DE MY HEALTH SCREENING**

Hay varias formas de completar el formulario:

- 1** Vea el reverso del folleto del formulario de My Health Screening. Luego envíenoslo de regreso utilizando el sobre con franqueo pagado.
- 2** Escanee el código QR para completar el formulario en línea.
- 3** Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** para completar el formulario en el portal de miembros.



*Escanee con su teléfono para completar este formulario en el portal para miembros.*



Si está en nuestro programa de administración de cuidados, un miembro de nuestro equipo de coordinación de cuidados lo llamará para completar el formulario por teléfono. Este formulario es confidencial.

Asegúrese de completar un formulario por cada miembro de Oklahoma Complete Health. Si necesita más formularios de My Health Screening, llame a Servicios para Miembros al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) o complete formularios adicionales en línea. Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** e inicie sesión en su portal para miembros.

Recuerde que debe completar este formulario todos los años. Como parte de nuestro programa My Health Pays®, ganará una recompensa de \$10 por completar el formulario.





## **Ganar Recompensas es fácil.**

Después de completar una actividad saludable, agregaremos el monto de la recompensa que ganó directamente en su tarjeta prepaga de My Health Pays<sup>®</sup> Visa<sup>®</sup> \*.

Si aún no tiene una tarjeta, le enviaremos una después de completar su primera actividad saludable. Puede seguir acumulando recompensas de My Health Pays<sup>®</sup> completando más actividades saludables. Las recompensas se agregarán a su tarjeta una vez que se nos notifique.



**Puede ganar recompensas por actividades como realizarse exámenes anuales, pruebas y más.**

**Canjee sus premios en tiendas como Walmart o gástelos en necesidades como el alquiler, los servicios públicos y el cuidado de niños.\*\***

*\*Esta tarjeta prepaga My Health Pays<sup>®</sup> Visa<sup>®</sup> es emitida por el Banco Bancorp, N.A. Member FDIC, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no se puede utilizar en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa.*

*\*\*Las recompensas no se pueden utilizar para comprar alcohol, tabaco o productos de armas de fuego.*



## Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

### *Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es su médico personal principal.*

Después de escoger a su PCP, es importante que se reúna con él para que puedan conocerse. Desarrollar una relación sólida con su PCP lo ayuda a sentirse cómodo hablando de su salud.

Su PCP mantendrá sus registros y estará al tanto de cualquier cambio en su salud. Llame siempre a su PCP cuando se sienta enfermo o tenga preguntas sobre su salud. Si no eligió un PCP, se le asignó uno. Puede cambiar de PCP en cualquier momento mediante nuestro portal seguro para miembros en línea. También puede llamarnos.

#### ENCUENTRE UN PCP

Visite **Member.OklahomaCompleteHealth.com** para elegir o cambiar su PCP.

**-o bien-**

Llámenos al **1-833-752-1664 (TTY: 711)**.

#### DESPUÉS DE ELEGIR A SU PCP, LLAME PARA PROGRAMAR SU CITA.



Un chequeo anual con su PCP es la mejor manera de permanecer informado sobre su salud.

Hable con su proveedor sobre cualquier cambio que haya notado o las preocupaciones que pueda tener. Su PCP puede recomendar la realización de exámenes u otros servicios de cuidado preventivo para ayudar a controlar su salud. Aproveche esta oportunidad y plantee todas las preguntas que tenga.

Si necesita ayuda para programar esta consulta, llámenos al **1-833-752-1664 (TTY: 711)**



## MANTÉNGASE INFORMADO SOBRE LA SALUD DE SU HIJO

Los bebés y los niños pequeños también deben acudir a su proveedor regularmente. Es importante que su hijo tenga una visita anual de control de salud, incluso cuando no esté enfermo. En la siguiente tabla, se muestra la edad en que los bebés, niños pequeños y adolescentes deben ver a un PCP.

### PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD



#### *Nacimiento*

- De 3 a 5 días
- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses



#### *Primera Infancia*

- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- 3 años
- 4 años



#### *Infancia Media y Adolescencia*

- Cada año hasta que su hijo tenga 21 años

El chequeo de salud de su hijo incluye un examen y vacunas para ayudar a prevenir enfermedades. Hable con el proveedor de su hijo acerca de cualquier inquietud o problema de salud.





### *Cuide de Sí Misma y de su Bebé*

### *Start Smart for Your Baby®*

Nuestro programa Start Smart for Your Baby® ofrece asistencia y atención personalizadas para embarazadas y madres primerizas. Este programa la ayuda a enfocarse en su salud durante el embarazo y el primer año de su bebé.

#### **START SMART FOR YOUR BABY® OFRECE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS SIN NINGÚN COSTO:**

- Información sobre el cuidado durante el embarazo y del recién nacido.
- Ayuda comunitaria con la vivienda, la comida, la ropa y las cunas.
- Apoyo y recursos para la lactancia materna.
- Personal médico para trabajar con usted y su proveedor si experimenta algún problema durante su embarazo.
- Consejos de salud por mensaje de texto y correo electrónico para usted y su recién nacido.

#### **COMIENZE**

Si está embarazada, complete nuestro Formulario de Notificación de Embarazo (NOP) en línea. También puede encontrar el formulario en el reverso del folleto. Complételo y envíenoslo por correo utilizando el sobre con franqueo pagado incluido en el reverso de este folleto. Nos pondremos en contacto para hablar sobre los detalles de nuestro programa Start Smart for Your Baby® con usted.

**Gane \$25 por completar esto dentro de su primer trimestre o \$10 por completarlo en su segundo trimestre.**



## Statement of Non-Discrimination

Oklahoma Complete Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Oklahoma Complete Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

### Oklahoma Complete Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Oklahoma Complete Health at **1-833-752-1664** (TTY: **711**). We're here for you Monday-Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

If you believe that Oklahoma Complete Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance with Oklahoma Complete Health by mail, phone, fax or email at:

1557 Coordinator  
P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631  
Phone: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)  
Fax: **1-866-388-1769**  
Email: **SM\_Section1557Coord@centene.com**

If you need help filing a grievance, our **1557 Coordinator** is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

**U.S. Department of Health and Human Services,**  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Phone: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD).

Complaint forms are available at **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**.

This notice is available at Oklahoma Complete Health website:

**[https://www.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement\\_of\\_Non\\_Discrimination.html](https://www.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement_of_Non_Discrimination.html)**

## Declaración de No Discriminación

Oklahoma Complete Health cumple con las leyes Federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Oklahoma Complete Health no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

### Oklahoma Complete Health:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande de imprenta, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**). Estamos aquí para usted De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Si considera que Oklahoma Complete Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante Oklahoma Complete Health por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico:

1557 Coordinator  
P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631  
Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY: **711**)  
Fax: **1-866-388-1769**  
Email: **SM\_Section1557Coord@centene.com**

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles a la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica mediante el Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono mediante la siguiente información:

**U.S. Department of Health and Human Services,**  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Teléfono: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**.

Esta notificación está disponible en el sitio web de Oklahoma Complete Health:

**[https://www-es.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement\\_of\\_Non\\_Discrimination.html](https://www-es.oklahomacompletehealth.com/about-us/Statement_of_Non_Discrimination.html)**

If you need this material in another language or format, translation services are available at no cost including written, visual and audible aids. Call Oklahoma Complete Health at **1-833-752-1664** (TTY: **711**).

<b>Español (Spanish)</b>	Si necesita este material en otro idioma o formato, contamos con servicios de traducción disponibles sin costo alguno, entre los que se incluyen ayudas escritas, visuales y auditivas. Llame a Oklahoma Complete Health al <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b>	Nếu quý vị cần tài liệu này bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác, chúng tôi cung cấp dịch vụ dịch thuật miễn phí bao gồm hỗ trợ bằng văn bản, hình ảnh và âm thanh. Gọi Oklahoma Complete Health theo số <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>中文 (Chinese)</b>	如需其他語言或格式的資料，您可以免費使用翻譯服務，包括書面、視覺和語音輔助。請撥打 Oklahoma Complete Health 電話 <b>1-833-752-1664</b> (TTY : <b>711</b> )。
<b>한국어 (Korean)</b>	다른 언어 또는 형식으로 이 자료가 필요한 경우 서면 및 시청각 도구 등의 번역 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> )번으로 Oklahoma Complete Health에 전화해 주십시오.
<b>Deutsch (German)</b>	Wenn Sie dieses Material in einer anderen Sprache oder in einem anderen Format benötigen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungsdienstleistungen zur Verfügung, einschließlich schriftlicher, visueller und akustischer Hilfsmittel. Sie erreichen Oklahoma Complete Health unter <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).
<b>العربية (Arabic)</b>	إذا كنت بحاجة إلى هذه المواد بلغة أو تنسيق آخر، تتوفر خدمات الترجمة بدون تكلفة بما في ذلك الوسائل المساعدة المكتوبة والمرئية والصوتية. اتصل بـ Oklahoma Complete Health على الرقم <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b> ).

<p>မြန်မာ (Burmese)</p>	<p>ဤအကြောင်းအရာကို အခြားဘာသာစကားဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အခြားဖောမတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ လိုအပ်ပါက စာဖြင့်ရေးသားထားသော၊ ရုပ်ပုံဖြင့်ပြထားသော၊ အသံကြားနိုင်စေရန်ပြုလုပ်ထားသော အထောက်အကူများအပါအဝင် ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ Oklahoma Complete Health ဖုန်းနံပါတ် <b>1-833-752-1664</b> (TTY- <b>711</b>) ကို ခေါ်ဆိုပါ။</p>
<p>Hmong (Hmong)</p>	<p>Yog tias koj xav tau cov ntaub ntawv no ua lwm hom lus los sis lwm hom ntawv, yuav muaj cov kev pab cuam txhais lus yam tsis tau them nqi nrog rau kev sau ntawv, cov ntaub ntawv pom thiab cov khoom pab mloog kom hnov lus. Hu rau Oklahoma Complete Health ntawm <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b>).</p>
<p>Tagalog (Tagalog)</p>	<p>Kung kailangan ninyo ang materyal na ito sa ibang wika o format, available ang mga serbisyo sa pagsasalin nang libre kabilang ang mga nakasulat, visual, at audible na tulong. Tawagan ang Oklahoma Complete Health sa <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b>).</p>
<p>Français (French)</p>	<p>Si vous avez besoin de ce document dans une autre langue ou un autre format, des services de traduction sont disponibles gratuitement, y compris des aides écrites, visuelles et sonores. Appelez Oklahoma Complete Health au <b>1-833-752-1664</b> (TTY : <b>711</b>).</p>
<p>ພາສາລາວ (Laotian)</p>	<p>ຫາກທ່ານຕ້ອງການເອກະສານນີ້ໃນພາສາ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລວມທັງບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອແປຂຽນ, ແບບຮູບພາບ ແລະ ສຽງ. ໂທຫາ Oklahoma Complete Health ທີ່ເບີ <b>1-833-752-1664</b> (TTY: <b>711</b>).</p>





# Notificación de Prácticas de Privacidad de Oklahoma Complete Health

**EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.**

**Entrada en vigor a partir del 5/2/2024**

For help to translate or understand this, please call **1-833-752-1664**.  
Hearing impaired (TTY: **711**).

Para obtener ayuda para traducir o entender esta notificación, llame al **1-833-752-1664**.  
Personas con Discapacidad Auditiva (TTY: **711**).

## Obligaciones de la Entidad Cubierta:

Oklahoma Complete Health es una Entidad Cubierta según se define y regula en virtud de la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Oklahoma Complete Health tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI), proporcionarle esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, respetar los términos de la Notificación que se encuentra actualmente en vigor e informarle en caso de que se produzca una vulneración de la seguridad de su PHI no protegida.

Esta Notificación describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Oklahoma Complete Health se reserva el derecho de modificar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Oklahoma Complete Health revisará y distribuirá esta Notificación de manera oportuna cada vez que se realice un cambio importante en alguno de los siguientes aspectos:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación

Publicaremos las Notificaciones revisadas en nuestro sitio web o se enviarán por correo de manera separada.

## Protecciones Internas de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:

Oklahoma Complete Health protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad tanto de la información sobre su raza, etnia e idioma (REL), como de su orientación sexual e identidad de género (SOGI). Tenemos procesos de privacidad y seguridad que nos pueden ayudar para ese fin.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Formamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI solo por razones comerciales con personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o la almacenamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para evitar que personas indebidas accedan a su PHI.

## Usos y Divulgaciones Permitidas de su PHI:

A continuación, se presenta una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores, o para ayudarnos a tomar decisiones de autorizaciones previas relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Normas de Privacidad federales para sus propósitos de pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o la cobertura para los reclamos y la revisión de la necesidad médica de los servicios.
- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir la prestación de servicio al cliente, la respuesta a reclamos y apelaciones, y la administración y la coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a los asociados comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Normas de Privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Evaluación de la calidad y actividades de mejora
- Revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
- Administración del cuidado y coordinación de la atención médica
- Detección o prevención de fraudes y abusos en la atención médica

Su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas y las leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporciona es privada y está segura. Solo podemos compartir esta información con los proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y los servicios.

Esta información nos ayuda en los siguientes aspectos:

- A comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- A conocer su idioma de preferencia cuando acuda a proveedores de atención médica.
- A proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades de atención médica.
- A ofrecer programas para ayudarlo a estar más sano.

Esta información no se utiliza para fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- **Divulgaciones del Patrocinador del Plan/Plan de Salud Grupal:** Podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha acordado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información médica protegida (como el acuerdo de no usar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

## Otras Divulgaciones Permitidas o Requeridas de su PHI:

- **Actividades de Recaudación de Fondos:** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de rechazar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de Suscripción:** Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, como tomar una decisión sobre una solicitud o reclamación de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita de tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como, por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.
- **Según lo Requiera la Ley:** Si la ley federal, estatal y/o local requieren el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si dos o más leyes o reglamentos rigen el mismo conflicto de uso o divulgación, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de Salud Pública:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Food and Drug Administration (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de Abuso y Negligencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal del Gobierno, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo. Es posible que también se nos solicite divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Aplicación de la Ley:** Es posible que divulguemos la PHI pertinente a un funcionario de la ley cuando se nos solicite para responder a un delito.

- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores funerarios, según sea necesario, para llevar a cabo sus deberes.
- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos:** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de adquisición de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la adquisición, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la Salud y la Seguridad:** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones Gubernamentales Especializadas:** Si usted es miembro de las U.S. Armed Forces, es posible que divulguemos su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional; para actividades de inteligencia; al Department of State para determinaciones de adecuación médica; para la protección del Presidente; y a otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- **Situaciones de Emergencia:** Es posible que divulguemos su PHI en una situación de emergencia, o bien si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de su familia, un amigo personal cercano, una agencia de ayuda autorizada en caso de desastre o a cualquier otra persona que usted haya identificado previamente. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia a fin de determinar si la divulgación es lo más conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos:** Si usted es recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, es posible que divulguemos su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, si tal información es necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica se haya aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

## Usos y Divulgaciones de su PHI que Requieren su Autorización por Escrito:

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de la PHI:** Le pediremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibiremos una compensación por divulgar la PHI de esta manera.
- **Comercialización:** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

- **Notas de Psicoterapia:** Le pediremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

## **Derechos Individuales:**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta Notificación.

- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica, así como las divulgaciones a personas que participen en su cuidado o el pago de su cuidado, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y a quién se le aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que usted desea. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el lugar o el medio de comunicación. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable y especifica los medios o el lugar alternativos en los que se debe entregar su PHI.
- **Derecho a Acceder a su PHI y Recibir una Copia de Esta:** Tiene el derecho, con excepciones limitadas, de ver su PHI contenida en un conjunto de registros designado u obtener copias de esta. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito y le indicaremos si es posible revisar las razones del rechazo. También le informaremos cómo se solicita la revisión o si el rechazo no es apto para su revisión.
- **Derecho a Modificar su PHI:** Usted tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones o cambios a su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe modificarse. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmienda de la información, haremos todo lo posible por informar de la enmienda a otras personas, incluidas las personas a las que usted nombre, y por incluir los cambios en cualquier divulgación futura de dicha información.

- **Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro de los últimos 6 años, en los que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que autorizó y otras actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable con base en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a Presentar un Reclamo:** Si usted considera que se violaron sus derechos de privacidad o que infringimos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de esta Notificación.

Además, puede presentar un reclamo ante la Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D. C. 20201, llame al **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**), o visite <https://www.hhs.gov/guidance/document/filing-complaint-0>.

**NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA EN CONTRA DE USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.**

- **Derecho a Recibir una Copia de esta Notificación:** Puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento usando la información de contacto que se proporciona al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa de la Notificación.

## Información de Contacto

**Preguntas sobre esta Notificación:** Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por correo electrónico mediante la información de contacto que se indica a continuación.

### Oklahoma Complete Health

**Attn: Privacy Official**

14000 Quail Springs Pkwy, Suite 650

Oklahoma City, OK 73134

**OCH-Compliance@OklahomaCompleteHealth.com**





# Mi examen de salud de Oklahoma Complete Health

Este formulario de Mis exámenes de salud incluye información demográfica (del miembro) únicamente con fines de verificación. Debe completarse siguiendo todos los procedimientos de administración de la atención. Esta información se solicita en cumplimiento de las leyes federales aplicables, de la HIPAA, de los requisitos específicos de los contratos y de las leyes del estado de Oklahoma.



**Escanee el código con su  
teléfono para rellenar este  
formulario en el portal  
para miembros**

## Información del miembro (datos demográficos)

**1** Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

**2** Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

**3** Dirección postal preferida: \_\_\_\_\_

**4** Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**5** Origen racial:

Indígena estadounidense o nativo de Alaska

Blanco

Asiático

Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 6)

Negro o afroamericano

Prefiere no responder.

Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico

No sé

**6** Indique otro origen racial: \_\_\_\_\_

**7** Origen étnico:

Hispano o latino

Prefiere no responder.

Ni hispano ni latino

No sé

Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 8)

**8** Indique otro origen étnico: \_\_\_\_\_

**9** ¿Qué idioma prefiere hablar?

Inglés

Vietnamita

Español

Coreano

Chino

Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 10)

Chino mandarín

Sin respuesta

**10** Indique otro idioma: \_\_\_\_\_

**OklahomaCompleteHealth.com**

## Salud física

11 ¿Tiene algún antecedente de condiciones de salud física o cirugías? Si tiene alguno, explíquelo.

---

12 En general, ¿cómo calificaría su salud?

- Excelente       Regular  
 Muy buena       Mala (Si responde “Mala”, pase a la pregunta 13)  
 Buena       No sé

13 Explique el motivo por el que califica su salud como mala. \_\_\_\_\_

14 ¿Tiene un médico o un proveedor de atención de salud?

- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 15)       No       No sé

15 ¿Cómo se llama su médico o proveedor de atención de salud? \_\_\_\_\_

**\*Es importante identificar a un médico o proveedor de atención de salud para ayudarle a cuidar su salud y en caso de que enferme.**

16 ¿Ha consultado a su médico o a su proveedor de atención de salud en los últimos 12 meses?

- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 17)       No       No sé

17 ¿Para qué consultó a su médico en los últimos 12 meses?

- Visita de atención preventiva/  
bienestar       Visita poshospitalaria  
 Visita por enfermedad       Visita posterior a la consulta a la sala de emergencias  
 Otra visita (Si responde “Otra visita”, pase a la pregunta 18)

18 ¿Para qué fue la otra visita? \_\_\_\_\_

**\*Los exámenes periódicos de bienestar pueden ayudarle a mantenerse lo más sano posible.**

19 ¿Cuántas veces estuvo en el hospital en los últimos 3 meses?

- Ninguna       Tres veces o más  
 Una vez       No sé  
 Dos veces

20 ¿Cuántas veces estuvo en el departamento de emergencia en los últimos 3 meses?

- Ninguna       Tres veces o más  
 Una vez       No sé  
 Dos veces

21 ¿Le ha dicho alguna vez un médico o proveedor de atención de salud que padece alguna de estas condiciones? (Marque todas las que correspondan)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis (Si responde “Sí”,<br>pase a la pregunta 22) | <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 2    | <input type="checkbox"/> HIV  |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Prediabetes           | <input type="checkbox"/> Dificultad en el aprendizaje                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Anemia de células<br>falciformes (sin rasgo) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica                              | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                             |
| <input type="checkbox"/> COPD/Enfisema   | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 1                                    | <input type="checkbox"/> Colesterol alto       |   |

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

**22** ¿Qué tipo de artritis?

Artrosis  Artritis reumatoide  No sé

**23** ¿Alguna vez recibió un trasplante?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto hace?

Hace más de 1 año  Estoy en lista de espera para un trasplante  
 En los últimos 12 meses  No sé

**24** ¿Tiene alguna otra condición que no figure en la lista anterior? \_\_\_\_\_

**25** ¿Utiliza algún dispositivo de asistencia como bastón, andador, silla de ruedas, vehículo de transporte especial/silla de ruedas eléctrica, cama de hospital, grúa Hoyer u oxígeno?

Sí (Proporcione detalles): \_\_\_\_\_

No  No sé  Sin respuesta

**26** ¿Recibe actualmente algún servicio en su domicilio, como atención de salud a domicilio, ayuda con las tareas del hogar, comidas entregadas a domicilio, atención para pacientes terminales o cuidado personal dentro o fuera del estado?

Sí (Proporcione detalles): \_\_\_\_\_

No  No sé  Sin respuesta

**27** ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de salud física, incluidos los servicios de un proveedor fuera del estado?

Sí (Si responde "Sí", pase a la pregunta 28)  No (Si responde "No", pase a la pregunta 29)  
 No sé

**28** Proporcione detalles de los tratamientos actuales para sus trastornos de salud física, incluidos el nombre y la ubicación del proveedor.

\_\_\_\_\_

**29** ¿Desea ayuda para recibir tratamiento para un trastorno de salud física?

Sí  No  No sé

**30** ¿Sabe si existe alguna autorización para servicios o procedimientos de salud física o del comportamiento, incluidos aquellos prestados por un proveedor fuera del estado?

Sí (Proporcione detalles): \_\_\_\_\_

No  No sé  Sin respuesta

**31** ¿Está embarazada?

Sí (Si responde "Sí", pase a la pregunta 32)  No sé  
 No  No se aplica

- 32** En la actualidad ¿recibe atención de un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) dentro o fuera del estado? Si responde “Sí”, proporcione detalles de los tratamientos actuales para su embarazo, y el nombre y la ubicación del proveedor.
- 

- 33** ¿Cuál es su fecha de parto (mes/día/año)? \_\_\_\_\_

## Medicamentos

- 34** ¿Cuántos medicamentos que le haya recetado su médico o proveedor de atención de salud toma actualmente?
- 0 medicamentos recetados
  - Entre 1 y 3 medicamentos recetados (Si marca entre 1 y 3, responda las preguntas 35-37)
  - Entre 4 y 7 medicamentos recetados (Si marca entre 4 y 7, responda las preguntas 35-37)
  - 8 o más medicamentos recetados (Si marca 8 o más, responda las preguntas 35-37)
  - No sé
- 35** ¿Hay algo que le impida tomar los medicamentos como quiere su médico o proveedor de atención de salud?
- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 36)     No     No sé
- 36** ¿Qué le impide tomar sus medicamentos? \_\_\_\_\_
- 37** ¿Alguna vez se olvida de tomar sus medicamentos?
- Sí     No     A veces     No sé

## Salud del comportamiento

- 38** ¿Tiene algún antecedente de condiciones de salud del comportamiento? Si tiene alguno, explíquelo.
- 
- 39** Durante el último mes, ¿ha sentido decaimiento, depresión o desesperanza con frecuencia?
- Sí     No     No sé
- 40** ¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de salud del comportamiento, incluidos los servicios de un proveedor fuera del estado?
- Sí (Si responde “Sí”, pase a la pregunta 41)     No (Si responde “No”, pase a la pregunta 42)     No sé
- 41** Proporcione detalles de los tratamientos actuales para sus trastornos de salud del comportamiento, incluidos el nombre y la ubicación del proveedor.
- 
- 42** ¿Desea ayuda para recibir tratamiento para un trastorno de la salud del comportamiento?
- Sí     No     No sé

## Determinantes sociales de salud

- 1** En los últimos 2 meses, ¿ha vivido en una vivienda estable de su propiedad, en alquiler o como parte de un hogar?
- Sí     No     No sé

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

**2** ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda?

- Tiene vivienda.
- No tengo vivienda (vivo en la casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en un auto, en el parque, etc.).
- Prefiero no responder.

**3** En los últimos 12 meses, ¿la compañía proveedora de electricidad, gas o agua le ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

- Sí
- No
- Ya se cortó el servicio

**4** En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha preocupado que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

- Nunca
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

**5** En los últimos 12 meses o desde la última vez que le preguntamos, ¿ha tenido problemas para llegar a sus citas médicas, a reuniones o al trabajo, o no ha podido obtener las cosas que necesita para su vida diaria debido a la falta de un transporte confiable?

- Sí
- No
- No sé

**6** ¿Se siente siempre a salvo en su casa y con todas las personas que forman parte de su vida?

- Sí
- No (Si responde "No", pase a la pregunta 7)
- No sé

**7** Explique cualquier problema de seguridad que tenga: \_\_\_\_\_

**8** ¿Con cuál de los siguientes asuntos recibe ayuda actualmente? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Comida, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Vivienda, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Transporte, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios públicos (calefacción, electricidad, agua, etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Atención médica, medicamentos, suministros médicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios dentales y de la vista, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Solicitud de beneficios públicos (Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Comprensión de información de salud o llenado de formularios médicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Ayuda adicional para realizar actividades de la vida diaria, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Cuidado de niños u otros asuntos relacionados con niños, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Pago de deudas o préstamos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Problemas jurídicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Empleo, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a un teléfono que funcione, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a internet, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Otro, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- No recibo ayuda con ninguno de estos asuntos.

**9** ¿Con cuál de los siguientes aspectos le gustaría recibir ayuda en este momento? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Comida, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Vivienda, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Transporte, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios públicos (calefacción, electricidad, agua, etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Atención médica, medicamentos, suministros médicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Servicios dentales y de la vista, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Solicitud de beneficios públicos (Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), etc.), proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Comprensión de información de salud o llenado de formularios médicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Ayuda adicional para realizar actividades de la vida diaria, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Cuidado de niños u otros asuntos relacionados con niños, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Pago de deudas o préstamos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Problemas jurídicos, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Empleo, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a un teléfono que funcione, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Acceso a internet, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- Otro, proporcione detalles: \_\_\_\_\_
- No quiero ayuda con ninguno de estos asuntos.

## Información general

Fecha en que se completó la evaluación: \_\_\_\_\_

Persona que completó la evaluación: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro

- Paciente
- Representante del miembro con permiso
- Padre/madre o tutor
- Envolve
- Plan de salud
- Proveedor (Si responde "Proveedor", pase a la pregunta 2)
- Otro (Si responde "Otro", pase a la pregunta 1)

**1** Si tiene otra relación con el miembro, explique cuál: \_\_\_\_\_

**2** Nombre de la agencia que realiza la evaluación: \_\_\_\_\_

Este formulario es confidencial. Si tiene algún problema o pregunta, llame a Oklahoma Complete Health al **1-833-752-1664** (TTY: **711**) y para SoonerSelect Children's Specialty Program llame al **1-833-752-1665** (TTY: **711**). Este formulario también está disponible en línea en **OklahomaCompleteHealth.com**.

**\*Campo Obligatorio**

\*¿Está embarazada?  Sí  No \*Si está embarazada, por favor continúe y conteste todas las preguntas.

Envíenos el formulario en el sobre adjunto.

Podríamos llamarla si determinamos que usted está en riesgo de tener problemas con su embarazo.

**\*Núm. de identificación de Miembro**

Su nombre:

Su apellido:

**\*Su fecha de nacimiento MMDDAAAA:**  Fecha de hoy MMDDAAAA:

Dirección Postal:

Ciudad:  Estado:  Código Postal:

Teléfono del hogar:  Teléfono celular:

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado del recién nacido?  Sí  No

Si no tiene un plan de texto ilimitado, podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para dejar de recibir mensajes envíe un mensaje de texto con la palabra STOP. Se hace notar que enviar mensajes de texto no es seguro y otros pueden verlos.

Dirección de correo electrónico:

**\*Nombre de su proveedor de obstetricia:**

**\*Fecha programada de su parto:**

¿Tiene seguro primario (para mamá y bebé) aparte de SoonerSelect?  Sí  No

Raza/Etnicidad (seleccione todas las que correspondan):  Caucásica, no hispana/latina  Negra/Afroamericana  
 Hispana/Latina  Indígena americana /Nativa americana  Asiática  Hawaiana/de las Islas del Pacífico  
 Otra etnicidad Si su etnicidad es otra, por favor especifique:

Idioma preferido (si no es el inglés):

¿Planea amamantar?  Sí  No Si contesta no, ¿por qué razón?

¿Ya escogió al pediatra?  Sí  No Nombre del pediatra:

Cantidad de partos a término:  Cantidad de abortos espontáneos/abortos:

Cantidad de partos prematuros:  Cantidad de bebés nacidos muertos:

Altura:  Peso anterior al embarazo (redondéelo al número entero más cercano):

**\*¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?**  Sí  No Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.

**Su Historial Medico**

¿Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto más de tres semanas antes de la fecha programada)?  Sí  No

¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses?  Sí  No ¿Dio a luz en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Cesárea anteriormente?  Sí  No ¿Diabetes (antes del embarazo)?  Sí  No



**\*Núm. de identificación de Miembro:**

Nombre:

Anemia de células falciformes  Sí  No

¿Asma?  Sí  No Si contesta sí, ¿sus síntomas de asma son peores durante el embarazo?  Sí  No

¿Alta presión sanguínea (antes del embarazo)?  Sí  No

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente?  Sí  No

¿VIH Positivo?  Sí  No ¿VIH Negativo?  Sí  No

¿Se rehusó a hacerse el análisis del VIH?  Sí  No ¿SIDA?  Sí  No

¿Problemas de la tiroides?  Sí  No Si contesta sí, ¿es éste un problema nuevo de la tiroides?  Sí  No

Trastorno por convulsiones  Sí  No ¿Convulsión en los últimos 6 meses?  Sí  No

¿Abuso de alcohol o drogas previo?  Sí  No

**Historial de su embarazo actual**

¿Parto prematuro en este embarazo?  Sí  No

¿Diabetes gestacional actualmente?  Sí  No

¿Gemelos actualmente?  Sí  No ¿Trillizos actualmente?  Sí  No

¿Está teniendo náuseas matutinas severas?  Sí  No

¿Preocupaciones de salud mental actualmente?  Sí  No Enumere:

¿Enfermedad de transmisión sexual actualmente?  Sí  No Enumere:

¿Consume tabaco actualmente?  Sí  No Cantidad:

Si contesta sí, ¿le interesa crear un plan de acción para dejar de fumar?  Sí  No

¿Consume alcohol actualmente?  Sí  No Cantidad:

¿Consume drogas ilegales actualmente?  Sí  No

¿Toma algún medicamento con receta (aparte de las vitaminas prenatales)?  Sí  No

Enumere:

¿Hospitalizaciones durante este embarazo?  Sí  No

Si contesta sí, por favor enumere las hospitalizaciones durante este embarazo.

**Asuntos sociales**

¿Tiene suficiente Comida?  Sí  No ¿Está inscrita en WIC?  Sí  No

¿Tiene problemas para llegar a sus citas médicas?  Sí  No ¿Tiene acceso telefónico confiable?  Sí  No

¿Está sin hogar o vive en un refugio?  Sí  No

¿Actualmente está experimentando violencia doméstica o se siente insegura en su hogar?  Sí  No

Por favor enumere todas las demás necesidades sociales que pueda tener.

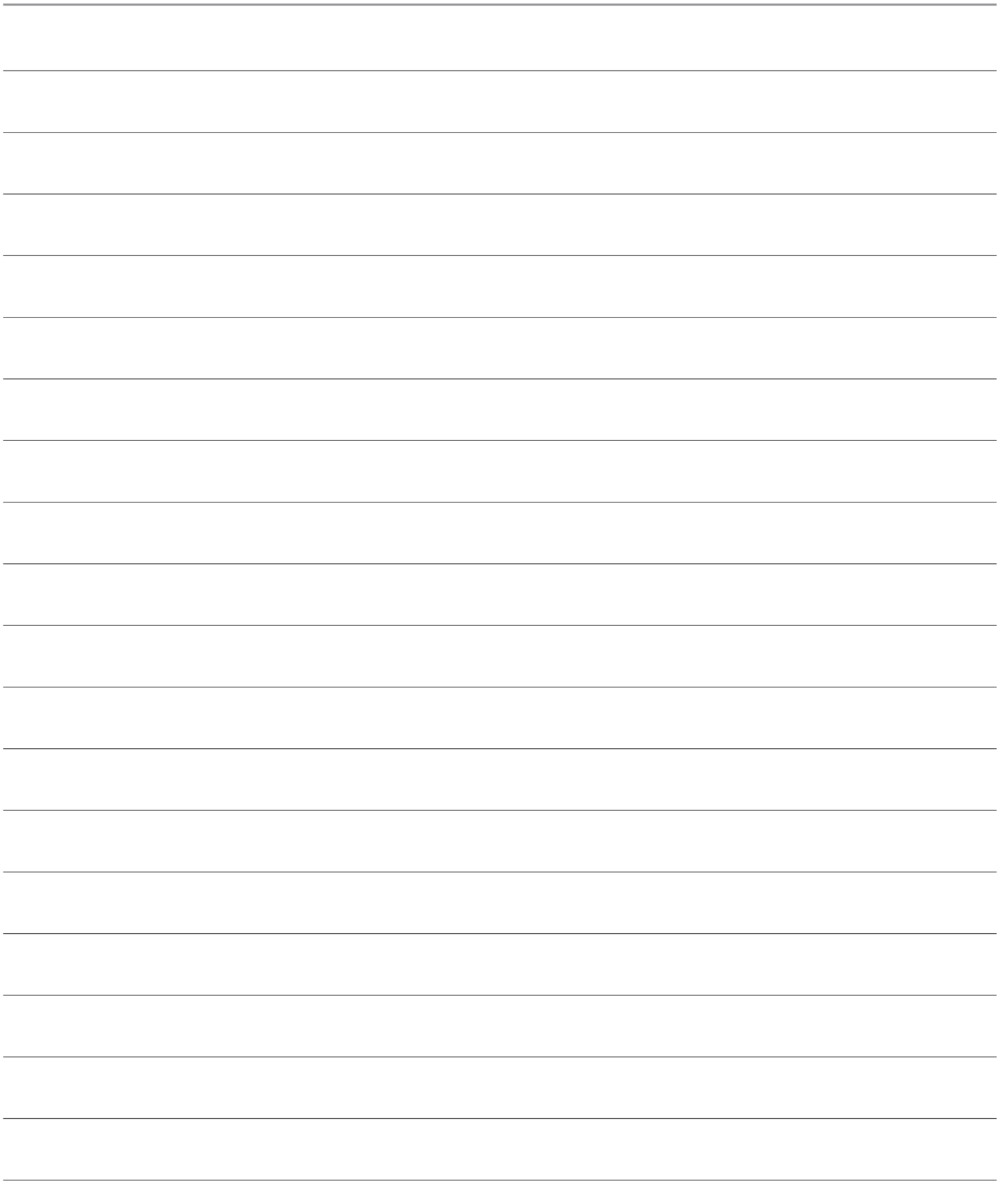
Por favor enumere todo lo demás que desee decirnos sobre su salud:

Si sus respuestas indican que usted corre un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante este embarazo, ¿nos daría su consentimiento para participar en nuestro programa de Administración de Casos Start Smart para ayudarla a usted y a su bebé?  Sí  No













Sooner**Select** 

[OklahomaCompleteHealth.com](https://OklahomaCompleteHealth.com)

1-833-752-1664 (TTY: 711)