

**Adult Health Plan Needs Assessment Form**

**Date:** \_\_\_\_\_

**Member Name:** \_\_\_\_\_ **Member ID or SSN:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Member Address:** \_\_\_\_\_

**Member Phone Number:** \_\_\_\_\_ **PCP Name:** \_\_\_\_\_

1. How is the member's overall health?      Excellent      Good      Poor      Very Poor

Please list POOR or VERY POOR conditions below:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Does the member need special equipment to walk, talk, hear, breathe, or feed?    YES    NO

If YES what equipment: \_\_\_\_\_

3. Is your family involved in traveling for farm work?    YES    NO

If YES where does the family travel to: \_\_\_\_\_

4. Does the member have a poor or very poor health condition?    YES    NO

If POOR or VERY POOR please list the conditions below:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Does the member have any of the following health problems?

Heart	_____	Cystic Fibrosis	_____
Cancer	_____	HIV/AIDS	_____
Bleeding	_____	Mental Health	_____
Diabetes	_____	Depression	_____
Kidney	_____	Eating Disorders	_____
COPD	_____	Substance Misuse	_____

Other problems:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Has the member had 3 Emergency Room visits or 1 admission for diabetes in the past 90 days?

YES NO

7. Has the member had 3 Emergency Room visits or 1 admission for asthma in the past 90 days?

YES NO

8. Is the member pregnant? YES NO If YES, continue.

How old is the member? \_\_\_\_\_

When is the baby due? \_\_\_\_\_

Who is the OB/GYN? \_\_\_\_\_

When is the next appointment? \_\_\_\_\_

Is this the first pregnancy?

YES NO

Does the member have premature labor problems now or did the member deliver early with a previous pregnancy?

YES NO

Does the member have high blood pressure during this pregnancy?

YES NO

Does the member have diabetes during this pregnancy?

YES NO

Does the pregnant member use drugs or have a mental illness during pregnancy?

YES NO

### Formulario de Evaluación de las Necesidades para el Plan de Salud para Adultos

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Id del miembro o Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del PCP: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo es la salud general del miembro? Excelente Buena Mala Muy mala  
Por favor, enumere las condiciones POOR o MUY POOR a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿El miembro necesita equipo especial para caminar, hablar, oír, respirar o alimentarse? SÍ NO  
Si respondió SÍ, ¿qué equipo? \_\_\_\_\_

3. ¿Su familia está involucrada en viajar para el trabajo agrícola? SÍ NO  
Si respondió SÍ, ¿adónde viaja la familia? \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene el miembro una condición de salud POBRE o MUY POBRE? SÍ NO

5. ¿Tiene el miembro alguno de los siguientes problemas de salud?:

Cardíacos	_____	Fibrosis quística	_____
Cáncer	_____	VIH o sida	_____
Hemorragia	_____	Salud mental	_____
Diabetes	_____	Depresión	_____
Riñón	_____	Trastorno alimentario	_____
COPD	_____	Abuso de sustancias	_____

Otros problemas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. En los últimos 90 días, ¿ha hecho el miembro 3 visitas a una sala de emergencias o ha sido admitido 1 vez por problemas de diabetes? SÍ NO

7. En los últimos 90 días, ¿ha hecho el miembro 3 visitas a una sala de emergencias o ha sido admitido 1 vez por problemas de asma? SÍ NO

8. ¿Está la miembro embarazada? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, continúe respondiendo.  
¿Qué edad tiene la miembro? \_\_\_\_\_

¿Cuándo nacerá el bebé? \_\_\_\_\_

¿Quién es el obstetra/ginecólogo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo será la próxima visita? \_\_\_\_\_

¿Es este su primer embarazo? SÍ NO

¿La miembro tiene en este momento trabajo de parto prematuro o tuvo un parto prematuro en un embarazo anterior? SÍ NO

En este embarazo, ¿la miembro tiene presión arterial alta? SÍ NO

En este embarazo, ¿la miembro tiene diabetes? SÍ NO

En este embarazo, ¿la miembro consume drogas o tiene una enfermedad?