



## 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.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar alta)                         |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva                                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias<br>(enfermedad del corazón) | <input type="checkbox"/> Problemas de abuso de sustancias               |
| <input type="checkbox"/> VIH/sida  | <input type="checkbox"/> Trastorno del comportamiento o de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo _____ Fecha _____                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos Tipo _____ Fecha _____                      |   |
| <input type="checkbox"/> 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**.