

Health Risk Assessment Form

The attached form must be completed and returned in the enclosed envelope.
If you need additional copies of this form, please contact the Member Services department at 1-800-704-1484.

Please answer the following questions for each member of your household:

Name of the person completing this form: _____

May we have your permission to contact you if we have any questions? Yes No

Member Name: _____ Member ID Number:

Telephone Number: Primary Language Spoken: _____

1. Does this member have a Primary Care Physician (PCP)? Yes No
 - a) This member had a PCP visit in the last 3 months. Yes No
 - b) This member had a routine physical in the last 3 months. Yes No
 - c) Would this member like to be contacted to identify a participating doctor. Yes No
2. Does this member have a dentist they see regularly? Yes No
 - a) Has this member had an emergency dentist visit in the last 3 months. Yes No
 - b) Has this member had a scheduled routine dental exam in the last 3 months. Yes No
 - c) Would this member like to be contacted to identify a participating dentist. Yes No
3. Does this member use medical equipment, such as wheelchair or oxygen, in the home? Yes No If yes, what? _____
4. Has this member been hospitalized in the last year? Yes No
5. Has this member been to the Emergency Room (ER) 3 or more times in the last 6 months? Yes No
6. What conditions has this member been treated for or are currently being treated for:
 Alcohol Abuse Mental Health Problems Substance Abuse Problems HIV/AIDS Transplant Sickle Cell
 Asthma Congestive Heart Failure Diabetes Cancer Other Medical Problems
7. Is this member currently pregnant? Yes No If yes, please answer the following:
 - a) What is the name of this member's doctor (OB)? _____
 - b) Baby Due Date: _____
8. Does this member take 4 or more medicines every day? Yes No
If yes, please list the medications: _____

A visit to a doctor for pregnancy care should happen within 14 days of either becoming a Peach State member or finding out you are pregnant after you join. If you need additional copies of this form, help understanding this form contact Member Services at 1-800-704-1484.

Member Name: _____ Member ID Number:

Telephone Number: Primary Language Spoken: _____

1. Does this member have a Primary Care Physician (PCP)? Yes No
 - a) This member had a PCP visit in the last 3 months. Yes No
 - b) This member had a routine physical in the last 3 months. Yes No
 - c) Would this member like to be contacted to identify a participating doctor. Yes No
2. Does this member have a dentist they see regularly? Yes No
 - a) Has this member had an emergency dentist visit in the last 3 months. Yes No
 - b) Has this member had a scheduled routine dental exam in the last 3 months. Yes No
 - c) Would this member like to be contacted to identify a participating dentist. Yes No
3. Does this member use medical equipment, such as wheelchair or oxygen, in the home? Yes No If yes, what? _____
4. Has this member been hospitalized in the last year? Yes No
5. Has this member been to the Emergency Room (ER) 3 or more times in the last 6 months? Yes No
6. What conditions has this member been treated for or are currently being treated for:
 Alcohol Abuse Mental Health Problems Substance Abuse Problems HIV/AIDS Transplant Sickle Cell
 Asthma Congestive Heart Failure Diabetes Cancer Other Medical Problems
7. Is this member currently pregnant? Yes No If yes, please answer the following:
 - a) What is the name of this member's doctor (OB)? _____
 - b) Baby Due Date: _____
8. Does this member take 4 or more medicines every day? Yes No
If yes, please list the medications: _____

A visit to a doctor for pregnancy care should happen within 14 days of either becoming a Peach State member or finding out you are pregnant after you join. If you need additional copies of this form, help understanding this form contact Member Services at 1-800-704-1484.

Formulario de Evaluación de la Salud

Debe llenar y enviar de regreso el formulario adjunto en el sobre provisto.

Si necesita copias adicionales de este formulario, comuníquese con el departamento de Servicios para los Miembros llamando al 1-800-704-1484.
Sírvase contestar las siguientes preguntas para cada miembro de su hogar:

Nombre de la persona que llena este formulario: _____

¿Podemos tener su permiso para comunicarnos con usted si tenemos preguntas? Sí No

Nombre del Miembro: _____ Número de ID del Miembro:

Número telefónico: _____ Idioma principal que habla: _____

1. ¿Tiene este miembro un médico de atención primaria (PCP)? Sí No
 - a) Este miembro visitó a su PCP en los últimos 3 meses. Sí No
 - b) A este miembro se le hizo un examen físico de rutina en los 3 últimos meses. Sí No
 - c) ¿Le gustaría a este miembro que alguien se comunique con él/ella para identificar a un médico participante? Sí No
2. ¿Tiene este miembro un dentista al que visita con regularidad? Sí No
 - a) ¿Ha hecho este miembro una visita de emergencia al dentista en los últimos 3 meses? Sí No
 - b) ¿Ha recibido este miembro un examen dental de rutina en los últimos 3 meses? Sí No
 - c) ¿Le gustaría a este miembro que alguien se comunique con él/ella para identificar a un dentista participante? Sí No
3. ¿Usa este miembro equipo médico, como silla de ruedas u oxígeno, en el hogar? Sí No Si contesta Sí, ¿qué equipo? _____
4. ¿Ha estado hospitalizado este miembro en el último año? Sí No
5. ¿Ha estado este miembro en la sala de emergencias 3 o más veces en los últimos 6 meses? Sí No

6. ¿Para qué afecciones se ha tratado o recibe tratamiento actualmente este miembro?:
 Abuso de alcohol Problemas de salud mental Problemas con abuso de sustancias VIH/SIDA Trasplante Anemia drepanocítica
 Asma Insuficiencia cardíaca congestiva Diabetes Cáncer Otros problemas médicos

7. ¿Está embarazada actualmente esta miembro? Sí No Si responde sí, conteste lo siguiente:

a) ¿Cuál es el nombre del médico (obstetra) de este miembro? _____

b) Fecha calculada para el parto: _____

8. ¿Toma este miembro 4 o más medicamentos todos los días? Sí No
Si responde sí, escriba los medicamentos: _____

Se debe visitar a un médico para cuidado del embarazo dentro de los 14 días siguientes al inicio de su afiliación a Peach State o de enterarse de que está embarazada después de su afiliación. Si necesita copias adicionales de este formulario o ayuda para entender este formulario, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-800-704-1484.

Nombre del Miembro: _____ Número de ID del Miembro:

Número telefónico: Idioma principal que habla: _____

1. ¿Tiene este miembro un médico de atención primaria (PCP)? Sí No
 - a) Este miembro visitó a su PCP en los últimos 3 meses. Sí No
 - b) A este miembro se le hizo un examen físico de rutina en los 3 últimos meses. Sí No
 - c) ¿Le gustaría a este miembro que alguien se comunique con él/ella para identificar a un médico participante? Sí No
2. ¿Tiene este miembro un dentista al que visita con regularidad? Sí No
 - a) ¿Ha hecho este miembro una visita de emergencia al dentista en los últimos 3 meses? Sí No
 - b) ¿Ha recibido este miembro un examen dental de rutina en los últimos 3 meses? Sí No
 - c) ¿Le gustaría a este miembro que alguien se comunique con él/ella para identificar a un dentista participante? Sí No
3. ¿Usa este miembro equipo médico, como silla de ruedas u oxígeno, en el hogar? Sí No Si contesta Sí, ¿qué equipo? _____
4. ¿Ha estado hospitalizado este miembro en el último año? Sí No
5. ¿Ha estado este miembro en la sala de emergencias 3 o más veces en los últimos 6 meses? Sí No

6. ¿Para qué afecciones se ha tratado o recibe tratamiento actualmente este miembro?:
 Abuso de alcohol Problemas de salud mental Problemas con abuso de sustancias VIH/SIDA Trasplante Anemia drepanocítica
 Asma Insuficiencia cardíaca congestiva Diabetes Cáncer Otros problemas médicos

7. ¿Está embarazada actualmente esta miembro? Sí No Si responde sí, conteste lo siguiente:

a) ¿Cuál es el nombre del médico (obstetra) de este miembro? _____

b) Fecha calculada para el parto: _____

8. ¿Toma este miembro 4 o más medicamentos todos los días? Sí No
Si responde sí, escriba los medicamentos: _____

Se debe visitar a un médico para cuidado del embarazo dentro de los 14 días siguientes al inicio de su afiliación a Peach State o de enterarse de que está embarazada después de su afiliación. Si necesita copias adicionales de este formulario o ayuda para entender este formulario, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-800-704-1484.