

# FHP – Health Assessment – Market Place Members - Texas

You have recently enrolled in Friday Health Plans. We want to ensure that you have no lapse of medical care or services that you may be receiving at this time. In order to ensure coordination of your care as you change to our insurance plan, please answer the following questions and return to us. You can mail, email, or fax this form to the following: Attn: Medical Department, 700 Main Street, Alamosa, CO 81101 – Fax: 888-872-7969, E-mail: [tx-medical@fridayhealthplans.com](mailto:tx-medical@fridayhealthplans.com) or Call 844-521-4444 to complete over the phone.

Please complete the following information:

Date:

Member name:

DOB:

Phone#:

Responsible Party, if applicable

(Parent/Guardian):

Primary Care Provider (MD, DO, PA, NP):

Provider Name Here

Please list any other providers, other than your Primary Care Provider, who provides specialty care/services, or to whom you need a referral:

Have you been told you/(your child) have/(has), or do you have any concerns with the following conditions?

Yes  No

- |   |   |                                       |  |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                                 | <input type="checkbox"/> Heart Problems           | <input type="checkbox"/> HIV          | <input type="checkbox"/> Cancer              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures        | <input type="checkbox"/> Chronic Pain | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure |
| <input type="checkbox"/> Mental or Behavioral Health Conditions | <input type="checkbox"/> Other Health Conditions: |                                       |  |

**If Yes**, Do you need help managing these health conditions?

Yes  No

**If Yes**, what kind of help?  Health information and education

Finding a Provider

Medication management

Other health care needs:

In the past 12 months, how many times has the member gone to the emergency room?  None  1 – 3  4 or more

In the past 12 months, how many times has the member been hospitalized?  None  1 – 3  4 or more

Is the member currently taking any medications?  Yes  No

If yes, please give further details including what is planned, the date, the facility or provider, and/or prescriptions:

Are you pregnant?  Yes  No  N/A If yes, please provide the Due Date:

Would you like information about birth control and family planning?

Yes  No

Are you filling out this survey for someone under 19 years of age?

Yes  No

If Yes, Do you have any of the following concerns?  Yes  No

Check all that apply.

Growth/Development

Weight (underweight/overweight)

Behavior  Learning

Other:

Do you have any barriers to receiving care?  Yes  No

If yes, please list below:

Financial

Accessing Care

Language

Transportation

Cultural

Educational

Explain:



### FHP – Health Assessment – Market Place Members

Se ha inscrito recientemente en Friday Health Plans. Queremos asegurarnos de que no tenga una interrupción de la atención médica o los servicios que pueda estar recibiendo en este momento. Para garantizar la coordinación de su atención a medida que cambia a nuestro plan de seguro, responda las siguientes preguntas y envíenos su respuesta. Puede enviar este formulario por correo, correo electrónico o fax a la siguiente dirección: Atención: Departamento médico, 700 Main Street, Alamosa, CO 81101 - Fax: 888-872-7969, Correo electrónico: [tx-medical@fridayhealthplans.com](mailto:tx-medical@fridayhealthplans.com) o Llame al 844-521-4444 para completar por teléfono.

Por favor complete la siguiente información:

Fecha:

Nombre de miembro:  DOB:  # de teléfono:

Paórtte responsable, si corresponde (padre / tutor):

Proveedor de atención primaria (MD, DO, PA, NP):

Enumere cualquier otro proveedor, que no sea su Proveedor de atención primaria, que brinde atención o servicios especializados, o para quien necesite una derivación:

¿Le han dicho que usted / (su hijo) tiene o tiene alguna inquietud con las siguientes condiciones?  Sí  No

Asma  Problemas del corazón  VIH  Cáncer  
 Diabetes  Epilepsia / convulsiones  Dolor crónico  Hipertensión  
 Condiciones de salud mental o conductual  Otras condiciones de salud:

**En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para controlar estas afecciones de salud?**  Sí  No  
**En caso afirmativo, ¿Qué clase de ayuda?**  Información y educación sanitaria  Encontrar un proveedor  
 Manejo de medicamentos  otras necesidades de atención médica:

En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha ido el miembro a la sala de emergencias?  None  1 – 3  4 o más  
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado el miembro?  None  1 – 3  4 o más  
Is the member currently taking any medications?  Sí  No  
En caso afirmativo, sírvase dar más detalles, incluyendo lo que está planeado, la fecha, la instalación o proveedor, y / o recetas:

¿Está completando esta encuesta para alguien menor de 19 años?  Si  No

¿Estás embarazada?  Sí  No  N/A  
En caso afirmativo, ¿Cuándo es la fecha de vencimiento?   
¿Le gustaría información sobre control de la natalidad y planificación familiar?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿tiene alguna de las siguientes inquietudes?  Sí  No Marque todo lo que corresponda:  
 Desarrollo del crecimiento  Peso (bajo peso / sobrepeso)  Behavior  Learning   
Other:

¿Tiene alguna barrera para recibir atención?  Si  No En caso afirmativo, sírvase enumerar a continuación:

Financiero  Acceso a la atención Por  Idioma  Transporte  Cultural  Educativo  
favor explique:

