

# Private Health Survey



## PARTICIPANT INFORMATION

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):

DOB:

SSN:

ADDRESS:

CITY, STATE, ZIP:

TELEPHONE:

EMAIL:

Where do you work? \_\_\_\_\_

What is your job title? \_\_\_\_\_

1. **Have you ever had any other insurance?**  Yes  No

If yes, what insurance? \_\_\_\_\_

2. **Do you have a regular doctor?**  Yes, Dr. \_\_\_\_\_  No

3. **Do you smoke?**  Yes  No

If yes, do you want to quit?  Yes  No

4. **Do you have any of these conditions:**

Diabetes

High Cholesterol

Asthma/Allergies

Heart Disease

Kidney Problems

Depression/Anxiety

High Blood Pressure

COPD (Emphysema)

Cancer

5. **What medications are you taking?** \_\_\_\_\_

6. **Are you pregnant?**  Yes - Due date: \_\_\_\_\_  No  N/A

If you are, would you be interested in a breastfeeding class?  Yes  No

7. **Select any of the tests that you have had:**

Colon Cancer Screening (50+)

Prostate (men 40+)

Blood Test for Cholesterol

PAP smear (women)

Mammogram (Women)

Date (if known): \_\_\_\_\_

Date (if known): \_\_\_\_\_

Osteoporosis Screening (women 65+)

# Cuestionario Privado de Salud



## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):

FECHA DE NACIMIENTO:

SSN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

¿Dónde trabaja usted? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su posición? \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez ha tenido algún otro seguro médico?  Sí  No

Si contestó sí, ¿qué seguro? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene un doctor regular?  Sí, Dr. \_\_\_\_\_  No

3. ¿Usted fuma?  Sí  No

Si contestó sí, ¿le gustaría dejar de fumar?  Sí  No

4. ¿Usted sufre de alguna de estas condiciones?

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto    | <input type="checkbox"/> Asma/Alergias      |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía  | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón | <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Enfisema           | <input type="checkbox"/> Cáncer             |

5. ¿Qué medicamentos está tomando? \_\_\_\_\_

6. ¿Está embarazada?  Sí - Fecha de parto: \_\_\_\_\_  No  N/A

Si contestó sí, ¿le gustaría tomar clases para aprender a amamantar?  Sí  No

7. Seleccione los exámenes que se ha echo:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Examen para el cáncer de colon (50+) | <input type="checkbox"/> Examen de la próstata (hombres 40+)     |
| <input type="checkbox"/> Examen sanguíneo para el colesterol  | <input type="checkbox"/> Papanicolau (mujeres)                   |
| <input type="checkbox"/> Mamografía (mujeres)                 | Fecha (si la sabe): _____  |
| Fecha (si la sabe): _____                                     | <input type="checkbox"/> Examen de la osteoporosis (mujeres 65+) |