



Blue Cross and Blue Shield of Texas Health Assessment Questionnaire

Your health is important to us. When you fill out this form, we can make suggestions to help you stay healthy.

- Just mail it back to us in the stamped envelope that is enclosed, or you can fax it to **1-512-349-4867**.
- If you have other members in your home, please write the answers on a separate piece of paper for each member.
- Your personal health data is also important to us, and we have policies to make sure it stays confidential.

Do you have questions about this form or want help completing it? If so, call Customer Service at **1-888-657-6061**.

If you have hearing or speech loss, you may call the TTY line at **7-1-1**.

Please print clearly in blue or black ink.

Member Name: _____

Parent Name (if minor): _____

Member ID number: _____

Contact Information:

Home address (Please include best address to mail health-related information):

Mobile Phone: _____ Home phone: _____

Email address: _____

What is your preferred way for us to contact you? Mobile Phone Home Phone Text Email

Is it OK to call you on your preferred phone above? Yes No

Is it OK to text you on your mobile phone? Yes No

1.	How would you describe your or your child's overall physical health?	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Fair	<input type="checkbox"/> Poor
2.	Have you or your child seen a doctor in the past year?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes, 1 to 4 times a year	<input type="checkbox"/> Yes, more than 4 times a year	
3.	Have you or your child seen a behavioral health professional (therapist) in the past year? <i>If you have problems getting to your doctor appointments, you can call Member Outreach at 1-877-375-9097.</i>	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	
4.	Do you or your child take any daily medications?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes, 1 or 2 medications	<input type="checkbox"/> Yes, more than 2 medications	
5.	Are you or your child pregnant? If yes, are you or your child seeing a doctor for pregnancy? <i>(For information on our maternity program, call the Customer Service at 1-888-657-6061.)</i>	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	
6.	Have you or your child been to an emergency room in the last six months? <i>(If so please explain on the lines below.)</i>	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> 1 or 2 times <input type="checkbox"/> More than 2 times <input type="checkbox"/> More than 4 times			

7.	Do you or your child have any of the following conditions? <i>(Please check all that apply.)</i>	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) <input type="checkbox"/> Chronic heart failure (CHF) <input type="checkbox"/> High blood pressure			
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Serious pain Other _____					
8.	Do you or your child use tobacco?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
If yes, would you like information on stopping tobacco use?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
9.	Have you or your child had any serious health, school, work, relationship or legal problems related to drug or alcohol use?	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	
10.	Do you or your family move frequently because of work?	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	

Please call our 24 Hour Nurse Advice Line toll-free at 1-800-581-0368 (for speech or hearing loss, call the TTY line at 7-1-1) to talk with a nurse or to learn more about a health topic. Some examples of health topics include children's upper respiratory infections, fevers, sprains, allergic reactions and many more.



Cuestionario de evaluación de salud de Blue Cross and Blue Shield of Texas

Su salud es importante para nosotros. Si completa este formulario, podemos ayudarlo a mantenerse saludable.

- Mándelo en el sobre de respuesta postal adjunto o envíelo por fax al **1-512-349-4867**.
- Si tiene otros miembros en su hogar, escriba las respuestas en hojas separadas para cada uno de ellos.
- Su información personal de salud también nos importa. Por eso, tenemos políticas para asegurarnos de que sea confidencial.

¿Tiene preguntas sobre este formulario o necesita ayuda para completarlo? Llame al Centro de Atención al Cliente al **1-888-657-6061**. Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede comunicarse con la línea TTY al **7-1-1**.

Complete con letra de imprenta legible, con tinta azul o negra.

Nombre del miembro: _____

Nombre del padre o de la madre (si es menor): _____

Número de identificación del miembro: _____

Información de contacto:

Dirección (Escriba la dirección donde desea recibir información relacionada con la salud):

Teléfono móvil: _____ Teléfono particular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Por qué medio prefiere que lo contactemos? Teléfono móvil. Teléfono particular. Mensaje de texto. Correo electrónico.

¿Le parece si le enviamos mensajes de texto a su teléfono móvil? Si. No.

¿Le parece si le enviamos mensajes de texto a su teléfono móvil? Yes No

1.	¿Cómo describiría su salud física en general o la de su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Excelente.	<input type="checkbox"/> Buena.	<input type="checkbox"/> Regular.	<input type="checkbox"/> Mala.
2.	¿Usted o su hijo/a han visitado a un médico en el último año?	<input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Si, de una a cuatro veces por año. <input type="checkbox"/> Si, más de cuatro veces por año.			
3.	¿Usted o su hijo/a han visitado a un profesional de la salud del comportamiento (terapeuta) en el último año?	<input type="checkbox"/> Si.	<input type="checkbox"/> No.		
<i>Si tiene problemas para asistir a las citas médicas, llame a los coordinadores de recursos comunitarios al 1-877-375-9097.</i>					
4.	¿Usted o su hijo/a toman algún medicamento diariamente?	<input type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Si, uno o dos medicamentos.	<input type="checkbox"/> Sí, más de dos medicamentos.	
5.	¿Usted o su hija están embarazadas? Si es así, ¿están visitando a un médico por el embarazo?	<input type="checkbox"/> Si.			<input type="checkbox"/> No.
<i>Si desea información sobre nuestro programa de maternidad, llame al Centro de Atención al Cliente al 1-888-657-6061.</i>					
6.	¿Usted o su hijo/a han estado en una sala de emergencias en los últimos seis meses? (Si es así, explique a continuación).	<input type="checkbox"/> Nunca. <input type="checkbox"/> Una o dos veces. <input type="checkbox"/> Más de dos veces. <input type="checkbox"/> Más de cuatro veces.			

7.	¿Usted o su hijo/a padecen alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todo lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca crónica <input type="checkbox"/> presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> dolor grave <input type="checkbox"/> otra _____			
8.	¿Usted o su hijo/a consumen tabaco?	<input type="checkbox"/> Si.	<input type="checkbox"/> No.		
	Si es así, ¿desearía recibir información sobre cómo dejarlo?	<input type="checkbox"/> Si.	<input type="checkbox"/> No.		
9.	¿Usted o su hijo/a han tenido algún problema grave de salud, en la escuela, en el trabajo, de pareja o legal relacionado con las drogas o el alcohol?	<input type="checkbox"/> Si.	<input type="checkbox"/> No.		
10.	¿Usted o su familia suelen mudarse con frecuencia por razones de trabajo?	<input type="checkbox"/> Si.	<input type="checkbox"/> No.		

Llame a nuestra línea de enfermería gratuita disponible las 24 horas al 1-800-581-0368 para hablar con un enfermero o recibir información sobre algún tema de salud. (Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede comunicarse con la línea TTY al 7-1-1).

Estos son algunos temas de salud que puede consultar: infecciones de las vías respiratorias altas, fiebre, torceduras, reacciones alérgicas y muchos más.

To get auxiliary aids and services, or to get written or oral interpretation to understand the information given to you, including materials in alternative formats such as large print, braille or other languages, please call BCBSTX STAR/CHIP Customer Service at 1-888-657-6061 (TTY/TDD 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of Texas complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Texas does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Texas has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hsc.net. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame a Servicio al Cliente de STAR/CHIP de BCBSTX al 1-888-657-6061 (TTY/TDD 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

اب دشاب یم مهارف امش یارب ناگیار تروص هب ینابز تلایهست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا: هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) دیریگب سامت.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો

1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-710-6984 (TTY: 711).