

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____
 Correo Electrónico: _____

¿Cual es la mejor manera de comunicarme con usted? Correo Teléfono Correo Electrónico

Sus respuestas a la siguiente encuesta nos dará información valiosa para **Mi Salud y Bienestar Arizona** y la **Guía de Healthwise®**.

¿Es usted un miembro del programa de AHCCCS? Sí No

¿Dónde recibió usted la **Guía práctica de Healthwise®**?

Al aplicar al programa de AHCCCS Oficina del doctor Seminario Otro: _____

1. ¿Come se siente usted del estado de su salud?

Mal Más o Menos Bien No Sé

2. ¿Que tan seguro se siente usted en su habilidad para decidir sobre el tratamiento correcto?
(5 es la clasificación más alta)

Los Primeros Auxilios e Emergencias	1	2	3	4	5
Los Problemas de salud comunes (por ejemplo: la gripe o el resfriado)	1	2	3	4	5
Las enfermedades crónicas (por ejemplo: el asma o la diabetes)	1	2	3	4	5
Mantenimiento de su bienestar	1	2	3	4	5

3. ¿Qué fuentes de información de salud utiliza usted?

El Doctor Familia /Amigo/Proveedores de salud Libros/Revistas/Periódico
 El Internet Otro: _____

4. ¿Tiene usted acceso al Internet desde su hogar? Sí No

Si no, ¿a dónde va usted a usar el Internet?

Biblioteca Organización de la comunidad Escuela Iglesia
 Amigo/familia No uso el Internet Otro: _____

¿Con qué frecuencia utiliza usted el Internet?

Diariamente Semanal Mensual Otro: _____

5. ¿Nos podemos comunicar con usted en el futuro para participar en actividades de salud y bienestar? Sí No

¡Gracias!

Si desea usted más información, comuníquese con Colleen McGregor en **Mi Salud y Bienestar Arizona** (www.MyAZHealthandWellness.com) a 602-417-6907 o Colleen.McGregor@azahcccs.gov

Source Code: _____