

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

- 1) ¿Dónde recibió usted *la Guía práctica de Healthwise®* o donde participó usted en un seminario?
 Al aplicar al programa de AHCCCS Oficina del doctor
 Seminario: ubicación: _____ Otro: _____

- 2) ¿Ha utilizado usted la guía o la información del seminario?
 Sí No No Sé

Si su respuesta es sí, ¿Cuántos problemas de salud ha utilizado usted la guía para una referencia?
 1-2 3-5 6+

Escriba los tres problemas principales de salud: _____

- 3) ¿Le ha ayudado usted la Guía o el seminario a desarrollar o mejorar sus costumbres del auto cuidado?
 Sí No No Sé

- 4) ¿Le ha ayudado usted la Guía o el seminario a decidir si necesita una visita al médico?
 Sí No No Sé

- 5) ¿Le ha ayudado usted la Guía o el seminario a mejorar la comunicación entre usted y su médico en las maneras siguientes? (Elija todo los que aplican)
 He utilizado “tratamiento en casa” o “cuando llamar al médico/dentista”
 He hecho más preguntas a mi médico
 He tenido más conversaciones con mi médico sobre mis opciones para tratamiento
 No he visitado al médico desde recibir la guía/participar en el seminario

- 6) ¿Le ha ayudado usted la Guía o el seminario a aprender más sobre su salud?
 Sí No No Sé

Si su respuesta es sí, en que áreas:

- Los Primeros Auxilios e Emergencias
 Los Problemas de salud comunes (por ejemplo: los resfriados)
 Las enfermedades crónicas (por ejemplo: la diabetes o los problemas del corazón)
 Mantenimiento de su bienestar

- 7) Queremos que nos cuente sobre sus experiencias con *la Guía práctica de Healthwise®* o el seminario. Porfavor, comparta usted su experiencias con nosotros:

¡Gracias!

Comuníquese con myazhealthandwellness@azahcccs.gov por más información de *Mi Salud y Bienestar Arizona*.