

# Evaluación del riesgo de salud

Complete todos los campos obligatorios. Usaremos su información para derivarlo (como afiliado) a programas de coordinación del cuidado de la salud que pueden ayudarlo a llevar una vida más saludable.

**Consejos útiles: si alguna información de la lista es incorrecta, comuníquese con el Departamento de Niños y Familias al 850-300-4323, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del este.**

## A: Acerca de usted

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario \_\_\_\_\_

### Completo este formulario para

- |             |               |
|-------------|---------------|
| Mi persona  | Hermano/a     |
| Hijo        | Esposo/a      |
| Amigo/a     | Hijo adoptivo |
| Padre/Madre |               |

**¿Acepta recibir comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto (como recordatorios, cartas, materiales educativos, etc.) de Humana?**

Sí  No

Proporcione un número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Proporcione una dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Identificación del afiliado \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre/tutor, si corresponde \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

**Humana**  
Healthy Horizons®  
in Florida

**¿Con qué idioma se siente más cómodo para hablar?**

Inglés                      Español                      Otro                      Yo (como afiliado) elijo no responder esta pregunta.

**¿Cuál era su sexo (como afiliado) al nacer?**

Femenino                      No disponible  
Masculino                      Me niego a responder

**¿Con qué género se identifica actualmente (como afiliado)?**

Femenino                      Hombre a mujer/transgénero femenino/mujer trans  
Masculino                      Género fluido/no binario, ni exclusivamente masculino ni femenino  
Mujer a hombre/transgénero masculino/hombre trans                      Otro  
Me niego a responder

**¿Cuáles son sus pronombres (como afiliado)?**

Ella                      Otro  
Él                      Me niego a responder  
Elle

**¿Cuál es su orientación sexual (como afiliado)?**

Hetero o heterosexual                      Algo más  
Lesbiana, gay u homosexual                      No sé  
Bisexual                      Me niego a responder

**B: Su historia clínica**

**¿Sabe usted (como afiliado) el nombre de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) u obstetra-ginecólogo (OB-GYN) (o el del afiliado)?**

Sí                      No

Nombre \_\_\_\_\_

**¿A dónde acude (como afiliado) con mayor frecuencia para obtener ayuda médica?**

Clínica                      Centro de cuidado de urgencia  
Sala de emergencias                      Telesalud  
Consultorio médico                      Yo (como afiliado) elijo no responder esta pregunta

**¿Visita (como afiliado) a otros médicos o proveedores de cuidado de la salud además de su médico de cuidado primario o en lugar del mismo?**

Sí                      No

Identificación del afiliado \_\_\_\_\_

**Díganos a quién consulta (como afiliado) y el motivo por el cual consulta (como afiliado) a este médico.**

Nombre del médico	Motivo por el que usted (como afiliado) consulta a este médico

**¿Cuándo se realizó su último chequeo (como afiliado)?**

- En los últimos 3 meses                      Yo (como afiliado) nunca me he realizado un chequeo regular
- Hace entre 3 y 12 meses                      Yo (como afiliado) no tengo un médico de cuidado primario
- Hace más de 12 meses                      Yo (como afiliado) tengo un chequeo futuro programado con mi médico de cuidado primario el \_\_\_\_\_

**¿Le gustaría recibir ayuda para programar una cita con su médico de cuidado primario (como afiliado) u obstetra/ginecólogo (como afiliada embarazada)?**

- Sí                      No

\*Si la respuesta es sí, comuníquese con nuestro equipo de coordinación de cuidado de la salud al **800-229-9880 (TTY:711)** para obtener ayuda

**¿La falta de transporte le impidió a usted (como afiliado) llegar a las citas médicas o recibir medicamentos?**

- Sí                      No                      Yo (como afiliado) elijo no responder esta pregunta

**¿La falta de transporte le ha impedido a usted (como afiliado) llegar a citas no médicas, trabajar y/o recibir cosas que usted (como afiliado) necesita?**

- Sí                      No                      Yo (como afiliado) elijo no responder esta pregunta

**¿Ha tenido usted (como afiliado) una consulta dental anual en los últimos 12 meses?**

- Sí                      No

**¿Recibió usted (como afiliado) la vacuna contra la gripe entre agosto y marzo de esta temporada de gripe?**

- Sí                      No

**¿Planea recibir o ha recibido la vacuna contra el COVID o el refuerzo?**

(para afiliados de 6 meses o mayores)

Sí, ya la recibí	Me niego a responder
Sí, planeo hacerlo	Yo (como afiliado) no creo que sea necesario
No	Me preocupan (como afiliado) los efectos secundarios
No estoy seguro	El proveedor me aconsejó (como afiliado) que no la recibiera
Programado: yo (como afiliado) he programado recibir la vacuna en mi hogar o en un sitio	Yo (como afiliado) estoy nervioso por recibirla
	Yo (como afiliado) no tengo transporte y no quiero usar el beneficio de transporte
	Otro

**¿Qué tan fácil es para usted (como afiliado) recibir cuidado médico cuando es necesario?**

Fácil                      Algo difícil                      Muy difícil                      No he necesitado cuidado médico

**En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha ido (como afiliado) a una sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés)?**

0                      1 a 5                      6 a 10                      11 a 20                      21 a 30

**En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (como afiliado) ha tenido una hospitalización nocturna?**

0                      1 a 3                      4 a 5                      6 a 10                      Más de 11

Marque Sí, No o N/A									
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado (como afiliado) esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿su médico le diagnosticó (como afiliado) la afección en los últimos 6 meses?		Si la respuesta es sí, ¿está usted (como afiliado) actualmente bajo el cuidado de un médico para esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿necesita usted (como afiliado) ayuda para controlar estas afecciones? Un enfermero administrador de casos puede comunicarse con usted para obtener apoyo.		
SIDA	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	N/A		N/A		N/A		N/A		
Asma	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	N/A		N/A		N/A		N/A		
Cáncer	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	N/A		N/A		N/A		N/A		
Enfermedad renal crónica	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	N/A		N/A		N/A		N/A		

**Marque Sí, No o N/A**

Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado (como afiliado) esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿su médico le diagnosticó (como afiliado) la afección en los últimos 6 meses?		Si la respuesta es sí, ¿está usted (como afiliado) actualmente bajo el cuidado de un médico para esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿necesita usted (como afiliado) ayuda para controlar estas afecciones? Un enfermero administrador de casos puede comunicarse con usted para obtener apoyo.	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Fibrosis quística	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Diabetes	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Insuficiencia cardíaca	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Presión arterial alta	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
VIH	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Anemia falciforme	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No

**Antecedentes familiares**

Nombre de la afección	¿Algún familiar directo (padres, abuelos, hermanos, hijos) ha sido diagnosticado con alguna de estas afecciones?		
	Sí	No	N/A
SIDA	Sí	No	N/A
Asma	Sí	No	N/A
Cáncer	Sí	No	N/A
Enfermedad renal crónica	Sí	No	N/A
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Sí	No	N/A
Fibrosis quística	Sí	No	N/A

Nombre de la afección	¿Algún familiar directo (padres, abuelos, hermanos, hijos) ha sido diagnosticado con alguna de estas afecciones?		
Diabetes	Sí	No	N/A
Insuficiencia cardíaca	Sí	No	N/A
Presión arterial alta	Sí	No	N/A
VIH	Sí	No	N/A
Anemia falciforme	Sí	No	N/A

## C: Su estilo de vida saludable

Cuál es su estatura? \_\_\_\_\_ pies y \_\_\_\_\_ pulgadas

¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_ libras

¿Cómo se siente usted (como afiliado) con respecto a su peso actual? (Seleccione una opción)

Estoy feliz con mi peso.

No estoy satisfecho con mi peso, pero no estoy listo para hacer un cambio.

Me gustaría cambiar mi peso y agradecería cualquier ayuda para hacerlo.

## Nutrición

En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y verduras come por día? (1 “porción” de fruta es 1 fruta mediana; 1 porción de verduras es 1 taza de verduras de hoja o ½ taza de verduras frescas)

1 a 2 porciones por día

2 a 4 porciones por día

Más de 4 porciones por día

Ninguna

En promedio, ¿cuántas porciones de productos lácteos consume todos los días? (1 “porción” de lácteos es aproximadamente una rebanada de queso, una taza de yogur o una taza de leche o sustituto de lácteos).

1 a 2 porciones por día

2 a 4 porciones por día

Más de 4 porciones por día

Ninguna

## Actividad física

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio (p. ej., caminar, andar en bicicleta, nadar, yoga, entrenamiento de fuerza, tareas domésticas, rastrillar el patio) dentro o fuera de la casa?

1 a 3 días

4 o más día

Yo (como afiliado) no hago ejercicio

En promedio, ¿cuántos minutos en total dedica a hacer ejercicio, los días en que hace ejercicio?

Menos de 30 minutos

Más de 30 minutos

Yo (como afiliado) no hago ejercicio

### ¿Con qué intensidad hace ejercicio?

Intensidad baja/ligera (caminar a un ritmo relajado, yoga para principiantes, actividades de cocina, tareas domésticas ligeras)

Intensidad media/moderada (andar en bicicleta, rastrillar el patio, nadar, entrenamiento de fuerza, caminar enérgicamente)

Intensidad alta/vigorosa (trotar, correr, ejercicios aeróbicos de alto impacto, cargar comestibles al piso superior, palear nieve, clase de acondicionamiento físico extenuante)

Yo (como afiliado) no hago ejercicio

### En promedio, ¿con qué frecuencia hace ejercicios de entrenamiento de fuerza como sentadillas, flexiones de brazos, flexiones de pecho o entrenamiento de pesas?

1 a 2 veces por semana

3 a 5 veces por semana

6 o 7 días a la semana

Nunca

### Cuántas veces en el último año usted (como afiliado) ha tomado:

• 5 o más bebidas en un día (hombres)

• 4 o más bebidas en un día (mujeres)

Una bebida es 12 onzas de cerveza (o 1 cerveza), 5 onzas de vino (o una copa de vino) o 1.5 onzas de licor de 80 grados (o 1 bebida mixta).

Nunca

Una o dos veces

Diariamente o casi diariamente

Semanalmente

Mensualmente

No aplica

### ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol (como afiliado)?

Sí

No

No aplica

### ¿Cuántas veces en el último año ha fumado, vaporizado o masticado tabaco (como afiliado)?

Nunca

Una o dos veces

Diariamente o casi diariamente

Semanalmente

Mensualmente

No aplica

### ¿Cómo se siente usted (como afiliado) con respecto a sus (como afiliado) hábitos actuales de tabaquismo?

Ya dejé de fumar (como afiliado)

No tengo intención de detenerme (como afiliado)

Planeo dejar de fumar en el futuro (como afiliado)

Quisiera saber cómo comenzar a dejar de fumar ahora (como afiliado)

Nunca he fumado (como afiliado)

No aplica

**¿Cuántas veces en el último año ha usado (como afiliado) medicamentos de receta por motivos no médicos?**

Nunca	Una o dos veces	Diariamente o casi diariamente
Semanalmente	Mensualmente	No aplica

**¿Cuántas veces en el último año ha consumido (como afiliado) drogas ilegales?**

Nunca	Una o dos veces	Diariamente o casi diariamente
Semanalmente	Mensualmente	No aplica

**Responda las siguientes preguntas sobre cualquier medicamento que tome:**

**¿Cuántos medicamentos diferentes toma por día?**

0	1 a 5	6 a 10	11 a 20	Más de 20
---	-------	--------	---------	-----------

## D: Su bienestar social y mental

Marque Sí, No o N/A									
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado (como afiliado) esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿su médico le diagnosticó (como afiliado) la afección en los últimos 6 meses?		Si la respuesta es sí, ¿está usted (como afiliado) actualmente bajo el cuidado de un médico para esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿necesita usted (como afiliado) ayuda para controlar estas afecciones? Un enfermero administrador de casos puede comunicarse con usted para obtener apoyo.		
Ansiedad	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	
Autismo	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	
Bipolaridad	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	
Depresión	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	



Marque Sí, No o N/A									
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado (como afiliado) esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿su médico le diagnosticó (como afiliado) la afección en los últimos 6 meses?		Si la respuesta es sí, ¿está usted (como afiliado) actualmente bajo el cuidado de un médico para esta afección?		Si la respuesta es sí, ¿necesita usted (como afiliado) ayuda para controlar estas afecciones? Un enfermero administrador de casos puede comunicarse con usted para obtener apoyo.		
Trastorno de la alimentación, como anorexia o bulimia	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	
Trastorno negativista desafiante (TND)	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	
Esquizofrenia	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	

**¿Con qué frecuencia (como afiliado) ve o habla con personas que a usted (como afiliado) le importan y/o con las que usted (como afiliado) se siente cercano? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, asistir a reuniones de la iglesia o del club)**

- Menos de una vez por semana      De 1 a 2 veces por semana      De 3 a 5 veces por semana  
 5 o más veces por semana      Yo (como afiliado) elijo no responder esta pregunta

**El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado está usted (como afiliado)?**

- Para nada      Un poco      Algo      Bastante  
 Muchísimo      Yo (como afiliado) elijo no responder esta pregunta

**¿Usted (como afiliado) o algún miembro de su familia con quien vive no ha podido obtener estos artículos o servicios en el último año? (Marque las opciones que correspondan)**

<b>Artículo</b>			
Alimento	Sí	No	No aplica
Servicios públicos	Sí	No	No aplica
Ropa	Sí	No	No aplica
Cuidado de niños	Sí	No	No aplica
Medicina o cualquier cuidado de la salud (p. ej., cobertura médica, dental, de salud mental y/u oftalmológica)	Sí	No	No aplica
Teléfono	Sí	No	No aplica

Otra:

---

**¿Necesita usted (como afiliado) ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, preparar comidas, ir de compras y/o administrar las finanzas?**

Sí                      No

**Si usted (como afiliado) necesita ayuda con las actividades de la vida diaria, ¿cuánta ayuda necesita usted (como afiliado)?**

No necesito ayuda (como afiliado).

Obtengo (como afiliado) la ayuda que necesito (como afiliado).

Necesito (como afiliado) mucha más ayuda.

Necesito (como afiliado) un poco más de ayuda.

## **Signos de violencia doméstica**

Encabezado sugerido: Nos gustaría hacerles a todos los afiliados las siguientes preguntas porque comprendemos cómo la violencia doméstica puede afectar su salud general. Tiene la opción de no responder ninguna de las preguntas si le hacen sentir incómodo. Estas preguntas son confidenciales y no pueden compartirse con nadie sin su permiso por escrito. Sin embargo, en virtud de las leyes obligatorias de informes obligatorios, se puede revelar información compartida relacionada con el abuso infantil, el abuso de personas discapacitadas, el abuso de adultos mayores, heridas de bala o lesiones potencialmente mortales.

**¿Alguna vez su pareja le golpeó, pateó, le dio un puñetazo, abofeteó o empujó?**

Sí                      No

**¿Su relación le hace sentir amenazado, avergonzado o inseguro en casa?**

Sí                      No      **Si la respuesta es no**, continúe con la siguiente sección.

**Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores y se siente cómodo compartiendo, ¿ha empeorado la relación o se está volviendo más aterradora?**

Sí No

**¿Su pareja le observa de cerca, le sigue o le acecha?**

Sí No

**Si su pareja está aquí con usted hoy, ¿tiene miedo de irse con esa persona?**

Sí No

**¿Su pareja alguna vez le obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no quiere?**

Sí No

**¿Hay niños en el hogar?**

Sí No

**Si la respuesta es sí, ¿ha habido amenazas o abuso directo hacia los niños?**

Sí No

### **Recursos:**

Número de la línea directa de abuso estatal: **800-962-2873 (800-96-ABUSE)**

Número de la línea directa estatal de violencia doméstica: **800-500-1119**

Número de la línea directa estatal para crisis por violación: **888-956-7273 (888-956-RAPE)**

Los coordinadores de cuidado de la salud de Humana también están disponibles: **800-229-9880**

### **E: Salud de la mujer. Si no se aplica, omita esta sección**

**En el último año, ¿se ha realizado usted (como afiliada) una prueba de Papanicolaou para detectar cáncer de cuello uterino?**

Sí No No se aplica

**¿Está usted (como afiliada) embarazada?**

Sí No No aplica

### **E1: Si usted (como afiliada) está embarazada: Si no se aplica, pase a la sección E2.**

**a. ¿Cuándo tiene fecha de parto (como afiliada)?** \_\_\_\_\_

**b. ¿Se ha notificado el embarazo al Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) de Florida?**

Sí No

Si la respuesta es no, comuníquese con el DCF para informar el embarazo.

c. ¿Se le ha diagnosticado (como afiliada) presión arterial alta durante este embarazo?

Sí No

d. ¿Tiene usted (como afiliada) actualmente diabetes o le han diagnosticado diabetes durante este embarazo?

Sí No

e. ¿Ha sido referida (como afiliada) a un obstetra (OB) de alto riesgo durante este embarazo?

Sí No

f. Si fue referida a un obstetra de alto riesgo, ¿cuál fue el motivo del referido?

---

---

## E2: ¿Ha estado usted (como afiliada) embarazada antes?

Sí No Sí, pero nunca di a luz a un bebé vivo

Si usted (como afiliada) ha estado embarazada antes:

a. ¿Ha dado a luz a un bebé antes de las 37 semanas de embarazo?

Sí No

b. ¿Ha dado a luz a un bebé en los últimos 6 meses?

Sí No

c. ¿Se le ha realizado una cesárea?

Sí No

## Prevención del embarazo

¿Qué método usa actualmente para evitar un embarazo, si corresponde?

Condomes	Ligadura de trompas
Anticonceptivos orales	Vasectomía
Espuma anticonceptiva, espermicidas, película o supositorios	Histerectomía
Inyección de Depo provera, DIU o implantes	Nada
Método de ritmo o retiro	Yo/mi pareja y yo estamos tratando de concebir
	No aplica

Si no se selecciona nada más arriba, asegúrese de analizar los riesgos durante su próxima visita con su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), como enfermedades de transmisión sexual (ETS), por ejemplo, clamidia o gonorrea, además de la prevención del embarazo.

## **F: Afiliados de 3 años o menos. Si no se aplica, pase a la sección G.**

¿Nació el niño (como afiliado) más de cinco semanas antes de la fecha prevista de parto?

Sí No

¿Tuvo el niño (como afiliado) alguna complicación, como el desarrollo de la visión, la respiración o la alimentación y el crecimiento?

Sí No

¿El niño está alcanzando sus hitos de desarrollo? (P. ej., a los 2 meses levanta la cabeza cuando está boca abajo; a los 6 meses se enrolla desde el abdomen hacia atrás; a los 12 meses se levanta hasta la posición de pie; a los 18 meses puede beber de una taza)

Sí No

## **G: Afiliados de 20 años o menos. Si no se aplica, omita esto, responda la pregunta final, firme y envíenlosla.**

¿Tiene usted (como afiliado) alguna inquietud sobre el desarrollo o comportamiento en el hogar o en la escuela del niño (como afiliado)?

Sí No

¿Está el niño (como afiliado) al día con todas las vacunas?

Sí No

Si la respuesta es no, ¿por qué no?

Simplymente se retrasó Barrera (como el transporte, el cuidado infantil o la elección)

Preferencia religiosa o personal

¿El niño (como afiliado) está expuesto al humo de segunda mano, como por ejemplo, de cigarrillos o vapeo?

Sí No

¿El niño (como afiliado) fuma cigarrillos electrónicos, vapea o consume tabaco sin humo?

Sí No

¿El niño (como afiliado) a menudo se preocupa o teme algo que afecta significativamente la salud y las actividades diarias?

Sí No

**En los últimos 6 meses, ¿el consumo de alcohol o drogas ha tenido un impacto en la vida del niño (como afiliado)?**

Sí

No

**¿Necesita usted (como afiliado) ayuda y le gustaría hablar con un enfermero administrador de casos, un profesional de salud conductual o un trabajador social? (Marque todas las opciones que correspondan)**

Sí, me gustaría hablar con un enfermero administrador de casos para obtener asistencia con mi salud médica y el manejo de enfermedades

Sí, me gustaría hablar con un profesional de salud conductual para obtener asistencia con mi salud mental

Sí, me gustaría hablar con un trabajador social para obtener ayuda con recursos comunitarios

No, no necesito asistencia en este momento

**A grandes rasgos, ¿cómo calificaría su salud general (como afiliado)?**

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Otra \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-477-6931 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

## ¡Importante!

### En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **800-477-6931** o si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-477-6931 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

**Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.**



**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **800-477-6931 (TTY: 711)**.

**Español: (Spanish)** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **800-477-6931 (TTY: 711)**.

**Kreyòl Ayisyen: (French Creole)** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Ti ng Vi t: (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **800-477-6931 (TTY: 711)**.