Feedback Form

- 1) Are you enrolled in a health plan?
 - Yes
 - No

- 2) Do you think these materials will help you to better understand how to use your health coverage?
 - Yes
 - No

- 3) Do you currently have a primary care provider? (For example, a doctor, nurse practitioner, or physician assistant)
 - Yes
 - No

- 4) If you don't have a primary care provider, do you intend to select one?
 - Yes
 - No

- 5) Do you intend to make an appointment with your primary care provider for an annual check-up/ preventive services, like health screenings?
 - Yes
 - No

- 6) Did you know most preventive services are covered in health plans? (For example, flu shots, annual wellness exams, blood pressure screenings)
 - Yes
 - No

- 7) Do you know where to go for answers to better understand your health insurance coverage?
 - Yes
 - No

- 8) Do you plan to share this information with a family member or friend?
 - Yes
 - No

Thank you!

Formulario de comentarios

- 1) ¿Está inscrito/a en un plan de seguro médico?
 - Sí
 - No

- 2) ¿Piensa que los recursos de la iniciativa *De la cobertura al cuidado de su salud* le ayudarán a entender mejor cómo utilizar su cobertura médica?
 - Sí
 - No

- 3) ¿Tiene un proveedor de atención primaria? (Por ejemplo, un médico, una enfermera, o un asistente médico)
 - Sí
 - No

- 4) Si no tiene un proveedor de atención primaria, ¿ahora tiene la intención de seleccionar uno?
 - Sí
 - No

- 5) ¿Tiene la intención de hacer una cita con su proveedor de atención primaria para hacerse un chequeo anual y/o para acceder a servicios preventivos, como las pruebas de salud?
 - Sí
 - No

- 6) ¿Sabía que muchos de los servicios preventivos están cubiertos por los seguros médicos? (Por ejemplo, las vacunas contra la gripe, el examen anual de bienestar y la prueba de presión arterial).
 - Sí
 - No

- 7) ¿Ahora sabe dónde ir por respuestas para entender mejor su cobertura médica?
 - Sí
 - No

- 8) ¿Piensa compartir esta información con algún miembro de la familia o amigo/a?
 - Sí
 - No

Muchas gracias.