

# Encuesta del boletín *Stay Well*



## ¡Participe en nuestra encuesta para tener la oportunidad de ganar una tarjeta de regalo de \$50!

Gracias por ser miembro de L.A. Care Covered™. Responda esta encuesta y devuélvala por correo con este formulario con porte pagado. Las encuestas completadas que se reciban antes de o tengan un sello postal anterior al 31 de agosto de 2018 tendrán la oportunidad de **ganar una de las cinco tarjetas de regalo de \$50**. La encuesta estará abierta del 15 de julio al 31 de agosto. Puede completar esta encuesta en línea en [www.lacare.org/staywellsurvey-es](http://www.lacare.org/staywellsurvey-es).

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Código postal: \_\_\_\_\_

### 1. ¿Le parece útil o interesante la información contenida en el boletín informativo *Stay Well*?

Sí  No

### 2. ¿Qué le gusta del boletín informativo *Stay Well*?

\_\_\_\_\_

### 3. ¿Le gustaría recibir el boletín informativo *Stay Well* por correo electrónico?

Sí. Mi dirección de correo electrónico es \_\_\_\_\_

No. Quiero recibirlo en formato impreso.

### 4. ¿Sobre qué le gustaría aprender más? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Temas de salud y bienestar (por ejemplo, cáncer, alergias, nutrición, salud del corazón)
- Programas de L.A. Care (por ejemplo, L.A. Cares About Asthma® y L.A. Cares About Diabetes®)
- Beneficios y servicios de salud de L.A. Care (como el acceso a la atención y a los medicamentos)
- Centros de Recursos Familiares (FRCs) y eventos (como clases de salud, Zumba®, cocina)
- Comités de Asesoría de la Comunidad (CACs) y Promotores de la Salud
- Salud mental y trastornos de la conducta
- Otros: \_\_\_\_\_

### 5. ¿Le interesaría tener acceso a estos servicios en su teléfono celular o computadora?

Sí  No

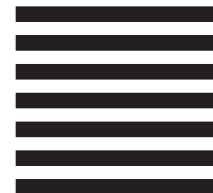
Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan.

- Comunicarse con su médico por correo electrónico, chat o mensaje instantáneo en lugar de ir al consultorio
- Hacer citas para ver a su médico
- Surtir sus recetas médicas
- Obtener una copia de su expediente médico
- Obtener los resultados de sus exámenes y pruebas de laboratorio
- Verificar su elegibilidad
- Llevar un registro de su estado físico, dieta y bienestar
- Buscar respuestas a sus preguntas sobre la salud
- Obtener consejos sobre salud
- Encontrar servicios médicos en su localidad (como un médico, una clínica, una farmacia o un laboratorio)

ATTN: Sales & Marketing Admin Unit



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**

FIRST-CLASS MAIL

PERMIT NO. 36

LOS ANGELES CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**LA CARE HEALTH PLAN  
1055 W 7TH ST FL 10  
LOS ANGELES CA 90017-9662**



▲ Doble aquí ▲

**6. ¿Qué dispositivos utiliza? (Marque todas las opciones que correspondan)**

Teléfono celular    Computadora de escritorio o portátil    Tableta (por ejemplo, iPad)

**7. ¿L.A. Care Covered™ le ofrece lo que usted necesita para estar lo más sano posible?**

Sí    No

En caso negativo, ¿qué otros servicios le gustaría que ofreciera L.A. Care Covered™? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. ¿Recomendaría L.A. Care Covered™ a un amigo o familiar?**

Sí    No

**9. ¿Hay algo que le gustaría compartir con nosotros?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¡Gracias por sus respuestas!**

La encuesta se debe responder en línea o enviarse por correo con sello postal anterior al 31 de agosto de 2018 para tener la oportunidad de ganar una de las cinco tarjetas de regalo de \$50. Solo una encuesta por miembro. Debe ser un suscriptor de L.A. Care Covered™ (LACC), tener al menos 18 años de edad y ser un miembro activo al corriente con sus primas en el momento en que L.A. Care procese la encuesta completada. Los ganadores se seleccionarán completamente al azar el 1.º de octubre de 2018.