



Family-Centered Healthcare...Your Child's Health Is Our Mission!

How can we provide better healthcare for your child with CHP+? Let us know by answering the questions below and returning this survey in the enclosed envelope (no stamp is needed), or you may complete the survey online by going to www.chpplusproviders.com. Your answers will be kept private and confidential. If you have any questions please call us at 1-800-414-6198. Thank you!

1. Does your child have a Primary Care Provider (PCP)? A PCP Is the one provider or clinic where you take your child for checkups, sick visits, shots and more. Yes No

1a. If yes, what is the name of your child's PCP? _____

1b. Approximately how many times have you contacted your child's PCP in the past year?
Called _____ times Made _____ appointments Office visit _____ times

1c. How long has your child been going to this PCP? _____ years _____ months

2. Do you feel your child's PCP helps plan the care that your child and family need and shares that information with you? Yes No

3. Do you feel your child's PCP involves you and your family in making decisions about your child's healthcare? Yes No

4. Do you feel your child's PCP respects and values your family and your cultural and religious beliefs? Yes No

5. Do you feel your child's PCP helps you find the right support, services and healthcare for your child and family? Yes No

6. Would you find it helpful to receive reminders about well child checkups and immunizations (shots) your child needs? Yes No

6a. If yes, would you like these reminders to come from (check one)
 The CHP+ State Managed Care Network Your child's doctor's office

6b. If yes, how would you like to receive these reminders? (check all that apply):
 In the mail Answering machine message
 Phone call from a live person Text message
 E-mail – my e-mail address is: _____

7. Where would be the best place for you to find resources for your child's healthcare? (check all that apply):
 On the CHP+ State Managed Care Network Web site(www.chpplusproviders.com)
 In a member newsletter mailed to your home
 At your child's doctor's office

Child's Name: _____ ID Number: _____

Date of Birth: MONTH/DAY/YEAR Home Phone: (AREA CODE) # # # - # # # #

Cell Phone: (AREA CODE) # # # - # # # # Other Phone: (AREA CODE) # # # - # # # #

Current Address: _____ County: _____

Your Name: _____ Your Relationship to the child: _____



¡Centro familiar de Salud La salud de Su Niño Es Nuestra Misión!

¿Cómo podemos proporcionar nosotros mejor servicios de salud para su niño con CHP+? Permítanos saber contestando las preguntas abajo y regresar esta encuesta en el sobre encerrado (sello no es necesario), o si usted puede completar la encuesta en el web www.coaccess.com. Sus respuestas serán mantenidas privadas y confidencial. Si usted tiene cualquier pregunta por favor llámenos al 1-888-414-6198. ¡Gracias!

1. ¿Tiene su niño un proveedor de cuidado primario PCP? Un PCP es el proveedor o clínica donde usted lleva a su niño para chequeos, visitas enfermas, vacunas y mas. Sí No

1a. Si sí, cómo se llama el PCP de su niño? _____

1b. ¿Aproximadamente cuántas veces ha contactado usted al proveedor de cuidado primario (PCP) de su niño en el ultimo año ?

Llamado ____ veces Hicieron citas visita de Oficina ____ veces

1c. ¿Por cuánto tiempo ha estado visitando este PCP ? ____ años ____ meses

2. ¿Siente usted que el proveedor de cuidado primario de su niño ayuda a planear el cuidado de su niño y familia y comparte esa información con usted? Sí No

3. ¿Siente usted que el PCP de su niño incluye a su familia en tomar decisiones acerca del cuidado de salud de su niño? Sí No

4. ¿Siente usted que el PCP de su niño respeta y valora las creencias culturales y religiosas de su familia? Sí No

5. ¿Siente usted que el PCP de su niño ayuda a encontrar el apoyo correcto, los servicios y la asistencia de salud para su niño y su familia? Sí No

6. ¿Lo encontraría usted útil recibir recordatorios acerca de chequeos de salud, e inmunizaciones que necesite su niño? Sí No

6a. Si sí, le gustaria que estos recordatorios los mande (verifica uno)

CHP+ State Managed Care Network doctor de Su niño

6b. ¿Si sí, cómo quiere usted recibir estos recordatorios? (Verifique todo que aplica) :

En el correo llamada telefónica de una persona viva

mensaje de contestador mensaje de Texto

EMAIL – mi dirección de email es: _____

7. ¿Dónde sería el mejor lugar para usted encontrar recursos para la asistencia de salud de su niño? (Verifique todo que aplica):

En el sitio web de CHP+ State Managed Care Network (www.chpplusproviders.com)

En un boletín de miembro enviado a su casa

En la oficina del doctor de su niño

Nombre de niño _____ Número de identificación: _____

La fecha del Nacimiento: _____ Numero de telefono en casa: _____

Numero de telefono celular: _____ Otro numero de telefono: _____

Dirección actual: _____ Condado: _____

Su nombre: _____ Su Relación al niño: _____