

إن ملء هذا النموذج اختياري. ولن تُحرَم من الرعاية بناءً على إجاباتك. إجاباتك ستُحفظ بسرية تامة. يهدف هذا النموذج إلى مساعدتنا في توصيلك بالخدمات والدعم الأنسب لك.

* تشير إلى الحقول المطلوبة

اسم عضو Health Net (اسم العائلة، الاسم الأول)

تاريخ الميلاد (MMDDYYYY)

* رقم التعريف (ID) في برنامج Medi-Cal:

البريد الإلكتروني:

الاسم والضمائر المفضلة:

1. ما تقييمك لحالتك الصحية؟ ممتازة جيدة جداً جيدة مقبولة ضعيفة
2. كم طولك (أدخل القيمة بالقدم/البوصة)؟

قدم	2	3	4	5	6	7	غير معروف
بوصة	0	1	2	3	4	5	6
							غير معروف

3. كم وزنك (أدخل القيمة بالرطل)؟

4. هل لديك طبيب خاص بك أو مقدم رعاية صحية؟ لا نعم

5. هل راجعت طبيبك أو مقدم رعايتك الصحية خلال آخر 6 أشهر؟ لا نعم

6. كم مرة زرت المستشفى خلال آخر 6 أشهر؟

إطلاقاً	مرة واحدة	مرتان	ثلاث مرات	أربع مرات	خمس مرات أو أكثر
---------	-----------	-------	-----------	-----------	------------------

7. كم مرة راجعت قسم الطوارئ خلال آخر 6 أشهر؟

إطلاقاً	مرة واحدة	مرتان	ثلاث مرات	أربع مرات	خمس مرات أو أكثر
---------	-----------	-------	-----------	-----------	------------------

8. كم عدد الأدوية التي تتناولها بناءً على وصفة طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية؟

0	1-3	4-7	8-14	15 أو أكثر
---	-----	-----	------	------------

9. هل تلقيت لقاح الإنفلونزا خلال آخر 12 شهراً؟ لا نعم

10. هل تراجع طبيباً لعلاج أي حالة طبية مزمنة تعاني منها؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، حدد كل ما ينطبق: الربو/مشكلات في الرئتين
مشكلات في القلب
فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسبة)

مرض السكري	أحد أمراض الكلى	نوبات	غير ذلك
------------	-----------------	-------	---------

11. هل تحتاج إلى زيارة الطبيب خلال فترة الـ 60 يوماً القادمة؟ لا نعم

12. هل تنزف لثتك عند تنظيف أسنانك بالفرشاة؟ لا نعم

13. هل شعرت بألم في أسنانك خلال الشهر الماضي؟ لا نعم

14. منذ متى كانت آخر زيارة لك لطبيب الأسنان أو عيادة الأسنان لأي سبب؟

أقل من 12 شهراً	أكثر من 12 شهراً
-----------------	------------------

15. هل ترغب في التعاون مع ممرض أو أخصائي اجتماعي أو عامل صحة مجتمعية أو مُرشد صحة مجتمعية لوضع خطة لرعايتك الصحية؟

لا نعم

16. هل كانت وسائل النقل للوصول إلى مواعيدك الطبية مشكلة في أي وقت؟ نعم لا
17. هل تواجه صعوبة في تحديد مواعيد مع طبيبك؟ نعم لا
18. هل تواجه صعوبة في الحصول على أدويةك الموصوفة طبيًا؟ نعم لا
19. هل تستخدم أجهزة أو مستلزمات طبية مثل سرير المستشفى أو كرسي متحرك أو جهاز المساعدة بالمشي أو جهاز أكسجين أو كيس فغرة القولون؟ نعم لا
20. هل تعاني من حالة صحية تحد من أنشطتك أو مما يمكنك أدائه؟ نعم لا
21. هل احتجت إلى مساعدة في الرعاية الشخصية مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس أو تغيير الضمادات خلال آخر 6 أشهر؟ نعم لا
22. هل أنت حامل؟ نعم لا
- 22a. إذا كنتِ حاملاً، هل تراجعين طبيبًا حاليًا لمتابعة الحمل؟ نعم لا
- 22b. هل تخططين للحمل خلال فترة الـ 12 شهرًا القادمة؟ نعم لا
23. هل تراجع طبيبًا بانتظام بسبب حالة متعلقة بالصحة العقلية مثل القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب أو الفصام؟ نعم لا
24. خلال آخر شهر (30 يومًا)، كم يومًا شعرت فيه بالوحدة؟ (حدد إجابة واحدة).
- إطلاقًا - لا أشعر بالوحدة أبدًا أقل من 5 أيام من 5 إلى 15 يومًا
أكثر من نصف عدد الأيام (أكثر من 15 يومًا) معظم الأيام - أنا دائمًا أشعر بالوحدة
25. أين تعيش؟ (اختر كل الحالات التي تنطبق) منزل مجمع شقق سكني مرفق رعاية وإيواء
مركز علاج سكني سكن المعيشة المساعدة دار رعاية المسنين سكن دائم مدعوم
سكن حماية بدون مأوى حاليًا غير ذلك
26. هل تشعر بالقلق من فقدان مكان إقامتك؟ نعم لا
27. مع من تعيش؟ أعيش وحدي أعيش مع الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكة أعيش مع مقدم رعايتي
أعيش مع الأطفال أو أقارب آخرين أو أصدقاء أعيش مع مقيمين آخرين في المرفق/البرنامج الذي أتابعه
28. هل شعرت بالقلق خلال آخر 3 أشهر من نفاذ الطعام قبل أن يتوفر لديك المال لشراء المزيد؟ نعم لا
29. هل هددت شركة الكهرباء أو الغاز أو النفط أو المياه خلال آخر 12 شهرًا بقطع الخدمات عن منزلك؟ نعم لا
30. تقدم Health Net مزايا لدعم الأفراد المرتبطين بالعدالة/الأعضاء العاندين إلى المجتمع. خلال آخر سنة، هل قضيت أكثر من ليلتين متتاليتين في السجن أو المعتقل أو مركز الاحتجاز أو مرفق إصلاح الأحداث؟ نعم لا
31. ستساعدنا إجابتك عن السؤال التالي في دعم صحتك ورفاهيتك بطريقة تحترمك. أي مما يلي يصفك بشكل أفضل؟ (حدد إجابة واحدة لكل سطر)
- أ. مغاير جنسيًا مثلية الجنس مثلي الجنس ثنائي الميول الجنسية غير ذلك غير متأكد/في طور الاستكشاف
ب. ذكر أنثى ذكر متحول جنسيًا امرأة متحولة جنسيًا غير مطابق للنوع الاجتماعي غير ذلك

لترح الأسئلة أو للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات أعضاء Health Net على الرقم المجاني 1-800-675-6110 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com إن شركة Health Net Community Solutions, Inc. هي إحدى الشركات التابعة لشركة Centene Corporation و Health Net, LLC. إن Health Net هي علامة خدمة مسجلة لصالح Health Net, LLC. جميع الحقوق محفوظة.

تمت المراجعة بتاريخ 08 19 2025