

Այս ձևաթուղթը լրացնելը կամավոր է: Ձեզ չեն մերժի խնամքը ձեր պատասխանների հիման վրա: Ձեր պատասխանները գաղտնի են: Այս ձևաթուղթը կօգնի մեզ կապել ձեզ համապատասխան ծառայությունների և աջակցության հետ:

*Նշում է պահանջվող վանդակը

Health Net անդամի անուն (ազգանուն, անուն)

Ծննդյան ամսաթիվ (UU00SSSS)

*Medi-Cal ID համար՝

Էլ. փոստ՝

Նախընտրելի անուն և դերանուններ՝

1. Ինչպե՞ն կգնահատեիք ձեր առողջությունը: Գերազանց Շատ լավ Լավ Միջին
Վատ

2. Ինչքա՞ն է ձեր հասակը (գրեք պատասխանը ֆուտով/դյույմերով):

Ֆուտ	2	3	4	5	6	7	Հայտնի չէ						
Դյույմ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Հայտնի չէ

3. Ինչքա՞ն է ձեր քաշը (գրեք պատասխանը ֆունտերով):

4. Ունե՞ք բժշկ կամ առողջական խնամքի մատակարար: Այո Ոչ

5. Այցելել եք ձեր բժշկին կամ առողջական խնամքի մատակարարին վերջին 6 ամսում: Այո Ոչ

6. Քանի՞ անգամ եք եղել հիվանդանոցում վերջին 6 ամսում:

Չեմ եղել Մեկ անգամ Երկու անգամ Երեք անգամ Չորս անգամ
Հինգ անգամ կամ ավել

7. Քանի՞ անգամ եք եղել շտապ օգնության սենյակում վերջին 6 ամսում:

Չեմ եղել Մեկ անգամ Երկու անգամ Երեք անգամ Չորս անգամ
Հինգ անգամ կամ ավել

8. Քանի՞ դեղամիջոց եք ընդունում, որոնք նշանակվել են ձեր բժշկի կամ առողջական խնամքի մատակարարի կողմից:

0 1-3 4-7 8-14 15 կամ ավել

9. Գրիպի դեմ պատվաստում ստացել եք վերջին 12 ամսում: Այո Ոչ

10. Դուք բժշկի այցելում եք որևէ քրոնիկ վիճակի համար: Այո Ոչ

Եթե այո, նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները՝ Ասթմա/թոքերի հետ կապված խնդիրներ

Սրտի հետ կապված խնդիրներ ՄԻԱՎ կամ ՁԻԱՅ Շաքարախտ

Երիկամների հիվանդություն Նոպաներ Այլ

11. Հաջորդ 60 օրվա ընթացքում ձեզ հարկավոր է բժշկի այցելել: Այո Ոչ

12. Ձեր լնդերը արյունահոսում են ատամները մաքրելիս: Այո Ոչ
13. Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում ատամի ցավ ունեցել եք: Այո Ոչ
14. Որքան ժամանակ է անցել այն պահից, երբ վերջին անգամ այցելել եք ատամնաբույժի կամ ատամնաբուժական կլինիկա՝ որևէ պատճառով:
12 ամսից քիչ 12 ամսից ավել
15. Կցանկանալիք աշխատել բուժքրոջ, սոցիալական աշխատողի, համայնքային առողջապահության աշխատողի կամ խթանողի հետ՝ ձեր առողջապահական խնամքը պլանավորելու համար:
Այո Ոչ
16. Արդյո՞ք բժշկական ժամադրությունների հասնելու համար փոխադրամիջոցի խնդիր ունեցել եք:
Այո Ոչ
17. Դժվարանում եք բժշկի մոտ ժամադրություն նշանակել: Այո Ոչ
18. Դուք դժվարանում եք ստանալ ձեր դեղատոմսով դեղերը: Այո Ոչ
19. Դուք օգտագործում եք բժշկական սարքավորում կամ պարագաներ, ինչպիսիք են հիվանդանոցային մահճակալը, անվասայլակը, քայլակը, թթվածինը կամ օստոմային պարկը:
Այո Ոչ
20. Արդյո՞ք դուք ունեք որևէ վիճակ, որը սահմանափակում է ձեր գործունեությունը կամ ձեր ունակությունները:
Այո Ոչ
21. Վերջին վեց (6) ամսվա ընթացքում ձեզ օգնություն պետք եղել է անձնական խնամքի հարցում, օրինակ՝ լոգանք ընդունելը, հագնվելը կամ վիրակապերը փոխելը:
Այո Ոչ
22. Դուք հղի եք: Այո Ոչ
- 22a. Եթե հղի եք, ներկայումս բժշկի այցելում եք հղիության հետ կապված: Այո Ոչ
- 22b. Պլանավորում եք հղիանալ հաջորդ 12 ամսվա ընթացքում: Այո Ոչ
23. Դուք պարբերաբար այցելում եք բժշկի հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրների համար, ինչպիսիք են անհանգստությունը, դեպրեսիան, երկբևեռ խանգարումը կամ շիզոֆրենիան:
Այո Ոչ
24. Վերջին ամսում (30 օր) քանի՞ օր եք ձեզ միայնակ զգացել: (Նշեք մեկը):
Ոչ մի, ես ինձ երբեք միայնակ չեմ զգում 5 օրվանից պակաս 5-ից 15 օր
Օրերի կեսից ավել (15 օրվանից ավել) Օրերի մեծ մասը, ես ինձ միշտ միայնակ եմ զգում
25. Որտե՞ղ եք ապրում: (Նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները) Տուն Բնակարան
Կեցության և խնամքի հաստատություն Բնակելի բուժման կենտրոն
Աջակից բնակվելու հաստատություն Ծերանոց Մշտական աջակից բնակավայր
Պաշտպանիչ բնակավայր Ներկայումս անօթևան եմ Այլ

26. Մտահոգված եք ձեր բնակավայրը կորցնելու մասին: Այո Ոչ

27. Ո՞ւմ հետ եք բնակվում: Մենակ եմ ապրում Ապրում եմ ամուսնու կամ զուգընկերոջ հետ

Ապրում եմ խնամակալի հետ

Ապրում եմ երեխաների, կամ այլ հարազատների, կամ ընկերների հետ

Ապրում եմ իմ հաստատության/ծրագրի մյուս բնակիչների հետ

28. Վերջին 3 ամսվա ընթացքում անհանգստացել եք, որ ձեր սնունդը կվերջանա, նախքան դուք գումար կունենաք ավելին գնելու համար:

Այո Ոչ

29. Վերջին 12 ամսվա ընթացքում էլեկտրաէներգիայի, գազի, նավթի կամ ջրի ընկերությունը սպառնացել է դադարեցնել ձեր կոմունալ ծառայությունները:

Այո Ոչ

30. Health Net-ն ունի նպաստներ՝ արդարադատության ոլորտում ներգրավված անհատներին/ համայնքի վերադարձող անդամներին աջակցելու համար: Վերջին տարվա ընթացքում անընդմեջ 2 գիշերից ավելի անցկացրել եք բանտում, կալանավայրում կամ անչափահասների ուղղիչ հաստատությունում:

Այո Ոչ

31. Ստորև նշված հարցին պատասխանելը կօգնի մեզ հարգալից կերպով ավելի լավ աջակցել ձեր առողջությանն ու բարեկեցությանը: Չետևյալներից ընտրեք լավագույնս նկարագրում ձեզ: (Նշեք մեկը յուրաքանչյուր տողի համար)

A. Չետերոսեքսուալ Լեսբուհի Չոմոսեքսուալ Բիսեքսուալ Այլ

Վստահ չեմ/կասկածում եմ

B. Տղամարդ Կին Տրանսգենդեր (տղամարդ) Տրանսգենդեր (կին)

Քվիր գենդերի Այլ

Չարցերի կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք կապվել Health Net Անդամների ծառայությունների հետ՝ 1-800-675-6110 (TTY՝ 711) անվճար հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com

Health Net Community Solutions, Inc.-ը հանդիսանում է Health Net, LLC-ի և Centene Corporation-ի մասնաճյուղ: Health Net-ը Health Net, LLC-ի գրանցված ապրանքանիշն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: