

تکمیل این فرم داوطلبانه است. بر اساس پاسخ‌هایتان از مراقبت سلامت محروم نمی‌شوید. پاسخ‌هایتان محرمانه می‌ماند. این فرم به ما کمک می‌کند تا شما را به خدمات و پشتیبانی مناسب وصل کنیم.

*نشانگر کادر الزامی

نام عضو Health Net (نام خانوادگی، نام)

تاریخ تولد (MMDDYYYY)

*شماره ID عضویت Medi-Cal:

ایمیل:

نام و ضماین ترجیحی:

ضعیف	متوسط	خوب	بسیار خوب	عالی														
					1. سلامت‌تان را چطور ارزیابی می‌کنید؟													
					2. قد شما چند است؟ (پاسخ را به فوت/اینچ وارد کنید)													
					نامشخص	7	6	5	4	3	2	فوت						
					نامشخص	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	اینچ

3. وزن شما چقدر است؟ (پاسخ را به پوند وارد کنید)

4. آیا پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت سلامت دارید؟ بله خیر

5. آیا در 6 ماه اخیر به پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت سلامت خود مراجعه کرده‌اید؟ بله خیر

6. در 6 ماه اخیر چند بار به بیمارستان مراجعه کرده‌اید؟

هیچ بار یک بار دو بار سه بار چهار بار پنج بار یا بیشتر

7. در 6 ماه اخیر چند بار به بخش اورژانس مراجعه کرده‌اید؟

هیچ بار یک بار دو بار سه بار چهار بار پنج بار یا بیشتر

8. چند دارو مصرف می‌کنید که توسط پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت سلامت‌تان تجویز شده است؟

0 1-3 4-7 8-14 15 یا بیشتر

9. در 12 ماه اخیر واکسن آنفولانزا دریافت کرده‌اید؟ بله خیر

10. آیا برای عارضه پزشکی مزمن به پزشک مراجعه می‌کنید؟ بله خیر

اگر بله، همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید:

دیابت بیماری کلیه صرع سایر مشکلات قلبی HIV یا آیدز

11. آیا در 60 روز آینده نیاز به مراجعه به پزشک خواهید داشت؟ بله خیر

12. آیا وقتی مسواک می‌زنید از لثه‌تان خون می‌آید؟ بله خیر

13. آیا در ماه اخیر دندان‌درد داشته‌اید؟ بله خیر

14. از آخرین باری که به هر دلیلی به دندان‌پزشک یا کلینیک دندان‌پزشکی مراجعه کردید چقدر گذشته است؟

کمتر از 12 ماه بیشتر از 12 ماه

15. مایل هستید برای برنامه‌ریزی مراقبت سلامت‌تان، با پرستار، مددکار اجتماعی، مددکار سلامت همگانی یا تسهیل‌گری همکاری کنید؟

بله خیر

16. آیا تا به حال برای رفت و آمد به/از محل نوبت‌های پزشکی‌تان مشکل حمل‌ونقل داشته‌اید؟ بله خیر

17. آیا در گرفتن نوبت از پزشکتان با مشکل مواجه هستید؟ بله خیر

18. آیا در دریافت داروهای نسخه‌ای خود با مشکل مواجه هستید؟ بله خیر

19. آیا در حال تجهیزات یا وسایل پزشکی مانند تخت بیمارستانی، صندلی چرخدار، واکر، اکسیژن یا کیسه استومی هستید؟

بله خیر

20. آیا عارضه‌ای دارید که فعالیت‌هایتان یا کارهایی که می‌توانید انجام دهید را محدود می‌کند؟ بله خیر

21. آیا در شش (6) ماه اخیر، نیاز به کمک در مراقبت شخصی‌تان مانند حمام کردن، لباس پوشیدن یا تعویض بانداژ داشته‌اید؟

بله خیر

22. آیا باردار هستید؟ بله خیر

22a. اگر باردار هستید، آیا در حال حاضر برای وضعیت بارداری‌تان به پزشک مراجعه می‌کنید؟ بله خیر

22b. قصد باردار شدن در 12 ماه آینده دارید؟ بله خیر

23. آیا برای عارضه سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی، اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی به‌طور منظم به پزشک مراجعه می‌کنید؟

بله خیر

24. در ماه (30 روز) اخیر، چند روز احساس تنهایی کرده‌اید؟ (یک مورد را علامت بزنید.)

هیچ روز — هیچ وقت احساس تنهایی نمی‌کنم کمتر از 5 روز از 5 تا 15 روز

بیش از نیمی از روزها (بیش از 15 روز) بیشتر روزها — همیشه احساس تنهایی می‌کنم

25. کجا زندگی می‌کنید؟ (همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید) خانه ویلایی مجموعه آپارتمانی مرکز مراقبتی و خدماتی

مرکز درمان آسایشگاهی مرکز مساعدت زندگی آسایشگاه سالمندان مسکن حمایتی دائم

مسکن محافظت‌شده در حال حاضر فاقد مسکن سایر

26. آیا نگران از دست دادن مسکن خود هستید؟ بله خیر

27. با چه کسی زندگی می‌کنید؟ تنها با همسر یا پارتنرم با مراقبم

با فرزندان یا سایر بستگان و دوستان با سایر ساکنان مرکز/برنامه

28. در 3 ماه اخیر، آیا نگران این بوده‌اید که مواد غذایی‌تان تمام شود و پول کافی برای خرید دوباره نداشته باشید؟

بله خیر

29. در 12 ماه اخیر، آیا شرکت برق، گاز، نفت یا آب تهدید کرده است که سرویس خانه شما را قطع می‌کند؟

بله خیر

30. Health Net برای حمایت از افراد درگیر پرونده قضایی/افرادی که از زندان آزاد می‌شوند، مزایایی ارائه می‌کند. آیا در سال گذشته، بیش از 2 شب متوالی را در بازداشتگاه، زندان یا کانون اصلاح و تربیت نوجوانان گذرانده‌اید؟

بله خیر

31. پاسخ به سوال زیر به ما کمک خواهد کرد مؤثر و محترمانه به سلامت و تندرستی شما کمک کنیم. کدام مورد زیر بهتر شما را توصیف می‌کند؟ (برای هر خط، یک مورد را علامت بزنید)

A. دگرجنس‌گرا (استریت) زن همجنس‌گرا یا لژیون مرد همجنس‌گرا یا گیی دوجنس‌گرا سایر مطمئن نیستم/در وضعیت تردید

B. مرد دگرجنس‌گرا (مرد) تراجنس‌گرا (زن) جنسیت غیر دوگانه یا کوئیر سایر

برای پرسیدن سوالات یا کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با بخش خدمات اعضای Health Net به شماره رایگان

21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com (TTY: 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

Health Net Community Solutions, Inc. شرکت تابعه Health Net, LLC و Centene Corporation است. Health Net نشان خدماتی

ثبت‌شده Health Net, LLC است. کلیه حقوق محفوظ است.