

이 양식은 원하실 경우에만 작성하시면 됩니다. 어떤 답변을 하셔도 진료에는 영향을 미치지 않습니다. 작성하신 답변은 기밀 유지가 됩니다. 이 양식은 귀하가 적절한 서비스와 지원을 받으실 수 있도록 도와드립니다.

\*필수 입력란

Health Net 가입자 이름 (성, 이름)

생년월일 (월/일/연도)

\*Medi-Cal ID 번호:

이메일:

선호하는 이름 및 대명사:

1. 본인의 건강 상태를 어떻게 생각하십니까?      아주 좋음      매우 좋음      좋음      보통      나쁨

2. 키는 얼마입니까(피트/인치로 답변 입력)?

피트      2      3      4      5      6      7      알 수 없음

인치      0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11      알 수 없음

3. 몸무게는 얼마입니까(파운드로 답변 입력)?

4. 담당 의사나 의료 공급자가 있습니까?      예      아니요

5. 지난 6개월 동안 담당 의사나 의료 공급자에게 진료를 받은 적이 있습니까?      예      아니요

6. 지난 6개월 동안 병원에 입원한 횟수는 몇 번입니까?

없음      1회      2회      3회      4회      5회 이상

7. 지난 6개월 동안 응급실을 방문한 횟수는 몇 번입니까?

없음      1회      2회      3회      4회      5회 이상

8. 담당 의사 또는 의료 공급자가 처방한 약을 몇 가지 복용하고 계십니까?

0      1~3가지      4~7가지      8~14가지      15가지 이상

9. 지난 12개월 동안 독감 예방 주사를 맞은 적이 있습니까?      예      아니요

10. 만성 질환으로 인해 의사의 진료를 받고 계십니까?      예      아니요

답변이 예인 경우, 해당하는 모든 항목을 선택해 주십시오.      천식/폐 질환      심장 질환      HIV 또는 에이즈

당뇨병      신장 질환      발작      기타

11. 향후 60일 이내에 의사의 진료가 필요하십니까?      예      아니요

12. 양치할 때 잇몸에서 피가 나십니까?      예      아니요

13. 지난 한 달 동안 치통을 경험하십니까?      예      아니요

14. 어떤 이유에서든 마지막으로 치과나 치과 클리닉을 방문하신지 얼마나 되셨습니까?

12개월 미만      12개월 이상

15. 향후 건강 관리를 계획하는 데 간호사, 사회 복지사, 지역 사회 의료 종사자 또는 라틴계 커뮤니티 보건 요원의 도움을 받고 싶으십니까?

예      아니요

16. 진료 예약에 가기 위한 교통편이 문제가 되신 적이 있습니까?      예      아니요
17. 담당 의사와 진료 예약을 잡는 데 어려움이 있습니까?      예      아니요
18. 처방약을 구하는 데 어려움이 있습니까?      예      아니요
19. 병원 침대, 휠체어, 보행기, 산소, 장루 주머니 등 의료 장비나 용품을 사용하고 계십니까?  
예      아니요
20. 활동이나 할 수 있는 일을 제한하는 질환이 있습니까?      예      아니요
21. 지난 6개월 동안 목욕, 옷 입기, 봉대 갈기와 같은 개인 위생 관리에 도움이 필요했던 적이 있습니까?  
예      아니요
22. 임신 중이십니까?      예      아니요
- 22a. 임신 중이라면, 현재 임신과 관련하여 의사의 진료를 받고 계십니까?      예      아니요
- 22b. 향후 12개월 내에 임신할 계획이 있으십니까?      예      아니요
23. 불안, 우울증, 양극성 장애, 조현병과 같은 정신 건강 문제로 인해 정기적으로 의사의 진료를 받고 계십니까?  
예      아니요
24. 지난 한 달(30일) 동안 외롭다고 느꼈던 날은 며칠쯤 되십니까? (하나만 선택)  
없음 - 전혀 외로움을 느끼지 않음      5일 미만      5일에서 15일 사이  
절반 이상(15일 이상)      대부분 - 항상 외로움을 느낌
25. 어디에 거주하고 계십니까? (모든 해당 사항에 체크 표시)      주택      아파트 단지      거주형 돌봄 시설  
주거 치료 센터      지원 생활 시설      요양원      영구적 지원 주택  
보호 주택      현재 거주지 없음      기타
26. 주거지를 잃을까 봐 걱정되십니까?      예      아니요
27. 누구와 함께 살고 계십니까?      혼자 거주      배우자 또는 동거인과 거주      간병인과 거주  
자녀, 친척 또는 친구와 거주      시설/프로그램의 다른 입주자들과 거주
28. 지난 3개월 동안 먹을 음식이 떨어지기 전에 돈이 모자랄까 걱정한 적이 있습니까?  
예      아니요
29. 지난 12개월 동안 전기, 가스, 석유 또는 수도 회사에서 귀하의 가정에 대한 서비스를 중단하겠다고 통보한 적이  
있습니까?  
예      아니요
30. Health Net은 교정 시설에 있었던 개인이나 사회 복귀 구성원을 지원하기 위한 혜택을 제공합니다. 지난 1년 동안  
교도소, 구치소, 소년원 등에서 2일 이상 연속으로 머문 적이 있습니까?  
예      아니요
31. 아래 질문에 답변 주시면 당사가 귀하의 건강과 웰빙을 보다 존중하는 방식으로 지원하는 데 도움이 됩니다.  
다음 중 귀하를 가장 잘 설명하는 항목은 무엇입니까? (항목별로 하나씩 선택)
- A.      이성애자      레즈비언      게이      양성애자      기타      잘 모르겠음/의문 있음
- B.      남성      여성      성전환자(남성)      성전환자(여성)      비이분법적 성정체성자      기타

궁금한 점이 있거나 자세한 내용을 알아보려면 Health Net 가입자 서비스 수신자 부담 전화번호(1-800-675-6110(TTY: 711))  
로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com  
Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 자회사입니다.  
Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스 표시입니다. 모든 권리 보유.

Revised 08 19 2025