



АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Данная форма заполняется по желанию. Вам не откажут в медицинском обслуживании из-за Ваших ответов. Ответы хранятся в тайне. **Данная форма поможет нам подобрать для Вас подходящие услуги и поддержку.**

*Обязательное поле

Участник плана Health Net (фамилия, имя)

Дата рождения (ММДДГГГГ)

*Идентификационный номер Medi-Cal:

Электронная почта:

Предпочитаемое имя и местоимения:

1. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья? Отлично Очень хорошо

Хорошо Удовлетворительно Неудовлетворительно

2. Какой у Вас рост (в футах и дюймах)?

Футов 2 3 4 5 6 7 Неизвестно

Дюймов 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Неизвестно

3. Какой у Вас вес (в фунтах)?

4. У Вас есть врач или поставщик медицинских услуг? Да Нет

5. Обращались ли Вы к своему врачу или поставщику медицинских услуг за последние 6 месяцев?

Да Нет

6. Сколько раз Вы были в больнице за последние 6 месяцев?

Ни разу Один раз Два раза Три раза Четыре раза Пять и более раз

7. Сколько раз Вы были в отделении экстренной помощи за последние 6 месяцев?

Ни разу Один раз Два раза Три раза Четыре раза Пять и более раз

8. Сколько лекарств, выписанных Вашим врачом или поставщиком медицинских услуг, Вы принимаете?

0 1-3 4-7 8-14 15 и более

9. Прививались ли Вы от гриппа за последние 12 месяцев? Да Нет

10. Посещаете ли Вы врача по поводу хронических заболеваний? Да Нет

Если да, отметьте всё применимое: Астма или болезни легких Болезни сердца

ВИЧ или СПИД Диабет Болезнь почек Судорожные припадки

Другое

11. Нужно ли Вам посетить врача в следующие 60 дней? Да Нет

12. У Вас кровоточат десны, когда Вы чистите зубы? Да Нет

13. Вы испытывали зубную боль за последний месяц? Да Нет

14. Когда Вы в последний раз посещали стоматолога или стоматологическую клинику по какой-либо причине?

Менее 12 месяцев назад

Более 12 месяцев назад

15. Вы хотели бы составить план своего медицинского обслуживания вместе с медсестрой, социальным работником, медицинским работником или консультантом по месту жительства?

Да Нет

16. Вы когда-либо испытывали транспортные проблемы, пытаясь добраться к врачу?

Да Нет

17. Трудно ли Вам записаться на прием к своему врачу? Да Нет

18. Трудно ли Вам получить выписанные лекарства по рецепту? Да Нет

19. Пользуетесь ли Вы медицинским оборудованием или принадлежностями, например медицинской проваторь, инвалидной коляской, ходунками, кислородом или калоприемником?

Да Нет

20. Страдаете ли Вы заболеванием, которое ограничивает Ваши действия или то, что Вы можете делать?

Да Нет

21. Вы нуждались в помощи в уходе за собой, например при купании, одевании или смене повязок, за последние 6 (шесть) месяцев?

Да Нет

22. Вы беременны? Да Нет

22a. Если беременны, Вы сейчас наблюдаетесь у врача по поводу беременности? Да Нет

22b. Вы планируете беременность в следующие 12 месяцев? Да Нет

23. Вы наблюдаетесь у врача регулярно по поводу психического заболевания, например тревожности, депрессии, биполярного расстройства или шизофрении?

Да Нет

24. На протяжении скольких дней за последний месяц (30 дней) Вы испытывали чувство одиночества? (Выберите одно.)

Ни дня — я никогда не испытываю чувство одиночества Менее 5 дней

От 5 до 15 дней Более половины дней (более 15 дней)

Большинство дней — я всегда испытываю чувство одиночества

25. Где вы живете? (Выберите всё применимое) Дом Квартира в жилом комплексе

Пансионат Центр психиатрического лечения с длительным пребыванием

Учреждение для проживания с уходом Учреждение сестринского ухода

Учреждение постоянного проживания с поддержкой Учреждение проживания под защитой

Сейчас нет жилья Другое

26. Вы переживаете о том, что потеряете жилье? Да Нет

27. С кем Вы живете? Живу отдельно Живу с супругом (-й) или другом (подругой)
Живу с помощником по уходу Живу с детьми или другими родственниками или друзьями
Живу с другими жильцами в учреждении или программе

28. За последние 3 месяца Вы переживали о том, что пища закончится прежде, чем появятся деньги купить еще?

Да Нет

29. За последние 12 месяцев компания, поставляющая электричество, газ, топочный мазут или воду, угрожала отключить обслуживание Вашего дома?

Да Нет

30. План Health Net предлагает льготы в поддержку лиц, имеющих опыт взаимодействия с системой правосудия или возвращающихся к жизни в обществе. За последний год Вы проводили более 2 ночей подряд в тюрьме, следственном изоляторе, центре содержания под стражей или исправительном учреждении для несовершеннолетних?

Да Нет

31. Ответ на следующий вопрос поможет нам лучше поддерживать Ваше здоровье и самочувствие, проявляя должное уважение. Что из следующего лучше описывает Вас? (отметьте одно в каждой строке)

A. Гетеросексуал Лесбиянка Гей Бисексуал Другое

Не уверен, в процессе осмысления

B. Мужской Женский Трансгендер (мужской) Трансгендер (женский)
Гендерквир Другое

С вопросами и за дополнительными сведениями обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Health Net бесплатно по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Линия работает круглосуточно и ежедневно. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com
Корпорация Health Net Community Solutions, Inc., является дочерним предприятием компаний Health Net, LLC, и Centene Corporation. Health Net — это зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.

Редакция от 08 19 2025