

health net. FORM NG IMPORMASYON SA KALUSUGAN

Boluntaryo ang pagsagot sa form na ito. Hindi kayo pagkakaitan ng pangangalaga batay sa inyong mga sagot. Kumpidensyal ang inyong mga sagot. Tutulongan kami ng form na ito na iugnay kayo sa mga tamang serbisyo at suporta.

*Isinasaad ang Kinakailangang Sagutang Field

Pangalan ng Miyembro ng Health Net (Apelyido, Pangalan)

Petsa ng Kapanganakan (MMDDYYYY)

*Numero ng ID ng Medi-Cal:

Email:

Mas gustong pangalan at mga Pronoun:

1. Paano ninyo ire-rate ang inyong kalusugan? Napakabuti Masyadong Mabuti Mabuti Ayos lang Hindi mabuti

2. Ano ang taas ninyo (ilagay ang sagot sa talampakan/pulgada)?

Talampakan 2 3 4 5 6 7 Hindi alam

Pulgada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Hindi alam

3. Ano ang bigat ninyo (ilagay ang sagot sa libra)?

4. Mayroon ba kayong doktor o provider ng pangangalagang pangkalusugan? Oo Hindi

5. Nagpatingin ba kayo sa inyong doktor o provider ng pangangalagang pangkalusugan sa nakaraang 6 na buwan?

Oo Hindi

6. Ilang beses kayo pumunta sa ospital sa nakaraang 6 na buwan?

Wala Isang Beses Dalawang Beses Tatlong Beses Apat na Beses Lima o mahigit pang beses

7. Ilang beses kayo pumunta sa Emergency Department sa nakaraang 6 na buwan?

Wala Isang Beses Dalawang Beses Tatlong Beses Apat na Beses Lima o mahigit pang beses

8. Ilang gamot ang iniinom ninyo na inireseta ng inyong doktor o provider ng pangangalagang pangkalusugan?

0 1-3 4-7 8-14 15 o mahigit pa

9. Tumanggap ba kayo ng bakuna laban sa trangkaso sa nakaraang 12 buwan? Oo Hindi

10. Nagpatingin ba kayo sa isang doktor para sa anumang hindi gumagaling na medikal na kondisyon? Oo Hindi

Kung oo, lagyan ng check ang lahat ng naaangkop: Hika/Mga Problema sa Baga Mga Problema sa Puso HIV o AIDS

Diabetes Sakit sa Bato Mga Seizure Iba pa

11. Kailangan ba ninyong magpatingin sa doktor sa loob ng susunod na 60 araw? Oo Hindi

12. Nagdurugo ba ang inyong mga gilagid kapag nagsisipilyo kayo ng inyong mga ngipin? Oo Hindi

13. Sumakit ba ang ngipin ninyo sa nakaraang buwan? Oo Hindi

14. Gaano na katagal mula nang huli kayong pumunta sa dentista o klinika ng dentista para sa anumang dahilan?

Wala pang 12 buwan Mahigit 12 buwan

15. Gusto ba ninyong makipagtulungan sa isang nurse, social worker, health worker sa komunidad, o promotora para magplano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan?

Oo Hindi

16. Naging problema ba ang transportasyon papunta sa inyong mga medikal na appointment? Oo Hindi
17. Nahihirapan ba kayong magpa-appointment sa inyong doktor? Oo Hindi
18. Nahihirapan ba kayong makuha ang inyong mga inireresetang gamot? Oo Hindi
19. Gumagamit ba kayo ng mga kagamitan o supply na pangmedikal tulad ng kama ng ospital, wheelchair, walker, oxygen o ostomy bag? Oo Hindi
20. Mayroon ba kayong kondisyon na naglilimita sa inyong mga aktibidad o sa magagawa ninyo? Oo Hindi
21. Kinailangan ba ninyo ng tulong sa personal na pangangalaga tulad ng pagligo, pagbibihis, o pagpapalit ng mga bendahi sa nakalipas na anim (6) na buwan? Oo Hindi
22. Buntis ba kayo? Oo Hindi
- 22a. Kung buntis, kasalukuyan ba kayong nagpapatingin sa doktor para sa pagbubuntis? Oo Hindi
- 22b. Pinaplano ba ninyong mabuntis sa susunod na 12 buwan? Oo Hindi
23. Regular ba kayong nagpapatingin sa doktor para sa kondisyon sa kalusugan ng isip tulad ng anxiety, depression, bipolar disorder, o schizophrenia? Oo Hindi
24. Sa loob ng nakaraang buwan (30 araw), ilang araw kayong nakaramdam ng kalungkutan? (Lagyan ng check ang isa.)
 Wala—Hindi ako kailanman nakaramdam ng kalungkutan Wala pang 5 araw Mula 5 hanggang 15 araw
 Mahigit sa kalahati ng mga araw (mahigit sa 15 araw) Karamihan ng mga araw—Palagi akong nalulungkot
25. Saan kayo nakatira? (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop) Bahay Apartment Complex
 Board and Care na Pasilidad Residensyal na paggamutan Assisted living Nursing Home
 Permanenteng Sinusuportahang Pabahay Pabahay na Nagbibigay ng Proteksyon Kasalukuyang Walang Bahay Iba pa
26. Nag-aalala ba kayong mawala ang inyong pabahay? Oo Hindi
27. Sino ang kasama ninyo? Nakatira nang mag-isa Nakatira kasama ng asawa o kapareha
 Nakatira kasama ng caregiver Nakatira kasama ng mga anak o iba pang kamag-anak o mga kaibigan Nakatira kasama ng iba pang mga residente sa aking pasilidad/programa
28. Sa nakalipas na 3 buwan, nag-alala ba kayo na mauubos ang inyong pagkain bago kayo nagkaroon ng pera para bumili pa nito? Oo Hindi
29. Sa nakalipas na 12 buwan, nagbabala ba ang kumpanya ng kuryente, gas, langis o tubig na ititigil ang mga serbisyo sa inyong bahay? Oo Hindi
30. Mayroong available na mga benepisyo ang Health Net para suportahan ang mga indibiduwal/nagbabalik sa komunidad na mga miyembro ng Justice Involved. Sa nakaraang taon, gumugol ba kayo ng mahigit sa 2 sunud-sunod na gabi sa kulungan, bilangguan, detention center, o juvenile correctional facility? Oo Hindi
31. Ang pagsagot sa tanong na nasa ibaba ay tutulungan kami na masuportahan nang mas mabuti ang inyong kalusugan at kapakanan sa may paggalang na paraan. Alin sa mga sumusunod ang pinakamagandang naglalarawan sa inyo? (lagyan ng check ang isa para sa bawat linya)
- A. Straight (heterosexual) Lesbian Gay Bisexual Iba pa Hindi Sigurado/Nagdududa
- B. Lalaki Babae Transgender (Lalaki) Transgender (Babae) Genderqueer Iba pa

Para sa mga tanong o higit pang impormasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net Nang Walang Bayad 1-800-675-6110 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay subsidiary ng Health Net, LLC at Centene Corporation.

Ang Health Net ay rehistradong marka ng mga serbisyo ng Health Net, LLC. Nakalaan ang lahat ng karapatan. Binago noong 08/19/2025

FRM2122351TC01w_Tagalog