



PHIẾU KHAI BÁO THÔNG TIN SỨC KHỎE

Việc điền vào phiếu này là tự nguyện. Quý vị sẽ không bị từ chối chăm sóc dựa trên các câu trả lời của mình. Các câu trả lời của quý vị được bảo mật. Phiếu này sẽ giúp chúng tôi kết nối quý vị với các dịch vụ và hỗ trợ phù hợp.

*Chỉ mục bắt buộc

Tên của Hội Viên Health Net (Họ, Tên)

Ngày Sinh (MMDDYYYY)

*Số ID Medi-Cal:

Email:

Biệt danh và cách xưng hô:

1. Quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào? Tuyệt vời Rất tốt Tốt Bình thường Kém

2. Chiều cao của quý vị là bao nhiêu (tính bằng feet/inch)?

Feet 2 3 4 5 6 7 Không xác định

Inch 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Không xác định

3. Cân nặng của quý vị là bao nhiêu (tính bằng pound)?

4. Quý vị có bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không? Có Không

5. Quý vị có gặp bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình trong 6 tháng qua không? Có Không

6. Quý vị đã nhập viện bao nhiêu lần trong 6 tháng qua?
Không Một lần Hai lần Ba lần Bốn lần Năm lần trở lên

7. Quý vị đã tới Khoa Cấp Cứu bao nhiêu lần trong 6 tháng qua?
Không Một lần Hai lần Ba lần Bốn lần Năm lần trở lên

8. Quý vị uống bao nhiêu loại thuốc do bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe kê đơn?
0 1-3 4-7 8-14 15 trở lên

9. Quý vị có tiêm phòng cúm trong 12 tháng qua không? Có Không

10. Quý vị có gặp bác sĩ vì bất kỳ tình trạng bệnh mãn tính nào không? Có Không

Nếu có, vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp: Bệnh hen suyễn/
Vấn đề về phổi Vấn đề về tim HIV hoặc AIDS

Bệnh tiểu đường Bệnh thận Chứng co giật Khác

11. Quý vị có cần gặp bác sĩ trong vòng 60 ngày tới không? Có Không

12. Nướu của quý vị có bị chảy máu khi đánh răng không? Có Không

13. Quý vị có bị đau răng miệng trong tháng qua không? Có Không

14. Đã bao lâu kể từ lần gần nhất quý vị gặp nha sĩ hoặc đến phòng khám nha khoa vì bất kỳ lý do gì?
Dưới 12 tháng Hơn 12 tháng

15. Quý vị muốn làm việc với y tá, nhân viên công tác xã hội, nhân viên y tế cộng đồng hay nhân viên thúc đẩy sức khỏe cộng đồng để lên kế hoạch chăm sóc sức khỏe?

Có Không

16. Việc chuyên chở đến các buổi hẹn thăm khám y tế có phải là vấn đề đối với quý vị không? Có Không
17. Quý vị có gặp vấn đề khi hẹn thăm khám với bác sĩ không? Có Không
18. Quý vị có gặp vấn đề khi mua thuốc kê đơn không? Có Không
19. Quý vị có sử dụng thiết bị hoặc vật tư y tế như giường bệnh viện, xe lăn, khung tập đi, bình ô-xy hay túi hậu môn nhân tạo không? Có Không
20. Quý vị có bị tình trạng nào đó giới hạn các hoạt động hoặc những việc quý vị có thể làm không? Có Không
21. Quý vị có cần trợ giúp chăm sóc cá nhân như tắm, mặc quần áo hay thay băng trong sáu (6) tháng qua không?
Có Không
22. Quý vị có đang mang thai không? Có Không
- 22a. Nếu mang thai, quý vị có đang gặp bác sĩ để thăm khám về thai kỳ không? Có Không
- 22b. Quý vị có dự định mang thai trong 12 tháng tới không? Có Không
23. Quý vị có gặp bác sĩ thường xuyên do vấn đề về sức khỏe tâm thần như lo lắng, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực hoặc tâm thần phân liệt không? Có Không
24. Trong tháng qua (30 ngày), có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy cô đơn? (Đánh dấu một mục.)
Không có ngày nào - Tôi không bao giờ cảm thấy cô đơn Dưới 5 ngày Từ 5 đến 15 ngày
Hơn nửa số ngày (nhiều hơn 15) Hầu hết mọi ngày - Tôi luôn cảm thấy cô đơn
25. Quý vị sống ở đâu? (Đánh dấu tất cả các mục phù hợp) Nhà ở Khu chung cư
Cơ sở chăm sóc và nội trú Trung tâm điều trị nội trú Nhà ở hỗ trợ Viện dưỡng lão
Nhà ở được hỗ trợ lâu dài Nhà ở bảo vệ Hiện đang vô gia cư Khác
26. Quý vị có lo lắng về việc mất nhà ở không? Có Không
27. Quý vị sống cùng ai? Sống một mình Sống cùng vợ/chồng hoặc người quan trọng khác Sống cùng người chăm sóc
Sống cùng con cái hoặc người thân khác hoặc bạn bè Sống cùng các cư dân khác tại cơ sở/chương trình của tôi
28. Trong 3 tháng qua, quý vị có lo lắng về việc hết thức ăn trước khi có tiền để mua thêm không?
Có Không
29. Trong 12 tháng qua, công ty điện, gas, dầu hoặc nước có cảnh báo sẽ ngừng dịch vụ đối với nhà của quý vị không?
Có Không
30. Health Net có sẵn các quyền lợi để hỗ trợ các cá nhân vướng vào lao lý/thành viên cộng đồng tái hòa nhập. Trong năm qua, quý vị có phải ở nhiều hơn 2 đêm trong nhà tù, trại giam, trung tâm giam giữ hoặc cơ sở cải tạo vị thành niên không?
Có Không
31. Việc trả lời các câu hỏi dưới đây sẽ giúp chúng tôi hỗ trợ tốt hơn cho sức khỏe và sự hạnh phúc của quý vị theo cách tôn trọng. Mục nào sau đây mô tả chính xác nhất về quý vị? (đánh dấu một mục cho mỗi dòng)

- A. Dị tính (thích giao hợp với người khác giới) Đồng tính nữ Đồng tính nam Song tính Khác Không chắc chắn
- B. Nam Nữ Người chuyển giới (Nam) Người chuyển giới (Nữ) Genderqueer (ngghi hoặc giới) Khác