

## Đánh Giá Nguy Cơ Sức Khỏe

Trả lời các câu hỏi dưới đây để chúng tôi có thể giúp quý vị luôn cảm thấy thoải mái và cải thiện sức khỏe của mình. Vui lòng trả lời càng nhiều câu hỏi càng tốt và gửi lại mẫu này trong phong bì trả trước. **Quý vị có thể kiếm được tiền thưởng \$25 khi quý vị gửi mẫu HRA đã hoàn tất của mình!**

<b>Số Medicare ID#</b>	<b>Số ID Hội Viên</b>	<b>Chương Trình</b>	<b>Ngày Hiệu lực</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tên Hội Viên</b>	<b>Họ Hội Viên</b>	<b>Ngày Sinh</b>	<b>Giới tính</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác
<b>Địa chỉ</b>	<b>Thành phố</b>	<b>Tiểu bang</b>	<b>Mã Bưu chính</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Số Điện thoại Nhà</b>	<b>Số Di động</b>	<b>Địa chỉ Email</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Phương tiện giao tiếp ưu tiên của quý vị là gì?  Điện thoại Di Động  Điện thoại nhà

Quý vị có sử dụng bất kỳ thiết bị nào sau đây tại nhà hay không?

Máy tính bảng hoặc Điện thoại thông minh  Máy tính xách tay hoặc Máy tính để bàn

Quý vị có truy cập internet ở nhà không?

Có  Không

Quý vị có sẵn sàng thăm khám trực tuyến / telehealth với nhà cung cấp của mình không?

Có  Không

Nếu có Medi-Cal, ai là bác sĩ Medi-Cal của quý vị nếu khác biệt với bác sĩ Medicare?

Nếu có Medi-Cal, công ty bảo hiểm sức khỏe của quý vị là ai?

Nếu có Medi-Cal, ai là nha sĩ của quý vị?

Nếu có Medi-Cal, ai là người Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe Tăng Cường (Enhanced Care Manager (ECM), hoặc nhân viên xã hội, người điều phối các dịch vụ Medi-Cal của quý vị? Cho biết số điện thoại của họ?

Nếu có Medi-Cal, quý vị hiện đang sử dụng dịch vụ gì?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (IHSS)                    | <input type="checkbox"/> Sức khỏe tâm thần của Quận                                 |
| <input type="checkbox"/> Dịch vụ dành cho cao niên trong cộng đồng (CBAS) | <input type="checkbox"/> Dịch vụ rối loạn chất kích thích của Quận                  |
| <input type="checkbox"/> Dịch vụ vận chuyển Medi-Cal                      | <input type="checkbox"/> Hiệp hội bệnh Alzheimer                                    |
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi nha khoa của Medi-Cal                  | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ tại nhà và cộng đồng (chương trình từ bỏ 1902) |
| <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp hỗ trợ cộng đồng qua Medi-Cal       | <input type="checkbox"/> Dịch vụ Trung tâm khu vực                                  |
| <input type="checkbox"/> Cung cấp nhà ở và người vô gia cư                |   |

**Bác sĩ chăm sóc chính:**

Quý vị có phải:

- |                                    |  |                                   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Làm việc  | <input type="checkbox"/> Khuyết tật dài hạn  | <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu |
| <input type="checkbox"/> Không Làm | <input type="checkbox"/> Khuyết tật ngắn hạn |                                   |

Quý vị thích nói ngôn ngữ nào khi được chăm sóc sức khỏe

- |  |  |                                     |   |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Anh         | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung (bao gồm Cantonese, Mandarin, Hokkien, loại khác) | <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn  | <input type="checkbox"/> Không thích trả lời    |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha |  | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt | <input type="checkbox"/> Khác, vui lòng nêu rõ: |
- \_\_\_\_\_

Ngôn ngữ viết ưa thích của quý vị về chăm sóc sức khỏe là gì?

- |  |  |                                     |   |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Anh         | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung (bao gồm Cantonese, Mandarin, Hokkien, loại khác) | <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn  | <input type="checkbox"/> Không thích trả lời    |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha |  | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt | <input type="checkbox"/> Khác, vui lòng nêu rõ: |
- \_\_\_\_\_

## Section A: Medical

**A1:** Về tổng thể, quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào?

Tuyệt vời  Rất tốt  Tốt  Bình thường  Yếu

**A2:** Trong 12 tháng qua, quý vị có lưu trú qua đêm tại bệnh viện với tư cách bệnh nhân tại bệnh viện hoặc Cơ sở Chăm sóc (Viện dưỡng lão) hay không?

Không  1-2 lần  3-5 lần  Trên 6 lần

**A3:** Quý vị có bị Đau Mãn tính hay không?  Có  Không

Nếu có, ở đâu?: \_\_\_\_\_

**A4:** Trên thang điểm từ 0 (không đau) đến 10 (đau dữ dội, tàn tật), quý vị đánh giá mức độ đau của mình trong 30 ngày qua như thế nào?

Trả lời (0-10): \_\_\_\_\_

**A5:** Quý vị thường xuyên tập thể dục mỗi tuần không?

5 ngày trở lên  3-4 ngày  1-2 ngày  Hiếm khi  Không bao giờ

**A6:** Quý vị cao bao nhiêu? \_\_\_\_\_ **A7:** Cân nặng của quý vị là bao nhiêu? \_\_\_\_\_ lbs.

**A8:** Quý vị đã nhận được bất kỳ mục nào sau đây không? Chọn tất cả những câu đúng:

Tiêm phòng cúm  Vaccine ngừa bệnh viêm phổi  Nội soi đại tràng  Vaccine ngừa COVID

**A9:** Bác sĩ có nói với quý vị rằng quý vị bị? Chọn tất cả những câu đúng:

<input type="checkbox"/> Suy tim	<input type="checkbox"/> Cục máu đông	<input type="checkbox"/> Mất tự chủ tiểu tiện
<input type="checkbox"/> Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/> Nhịp tim bất thường	<input type="checkbox"/> Lọc thận
<input type="checkbox"/> Lo âu	<input type="checkbox"/> Chứng loãng xương	<input type="checkbox"/> Bệnh phổi
<input type="checkbox"/> Viêm khớp	<input type="checkbox"/> Bệnh mạch ngoại biên	<input type="checkbox"/> Bệnh thận mãn tính
<input type="checkbox"/> Ung thư	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/> Bệnh trầm cảm
<input type="checkbox"/> Sa sút trí tuệ	<input type="checkbox"/> Cao huyết áp	<input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần phân liệt
<input type="checkbox"/> Cholesterol cao	<input type="checkbox"/> Xơ gan	<input type="checkbox"/> Bệnh lưỡng cực
<input type="checkbox"/> Khác: _____		<input type="checkbox"/> Không có điều nào

**A10:** Quý vị có bị dị ứng không?  Có  Không

Nếu có, thì sao: \_\_\_\_\_

**A11:** Bao lâu thì quý vị quên uống thuốc?

Hầu như mỗi ngày  2-4 lần mỗi tuần  1 lần mỗi tuần  Hiếm khi hoặc không bao giờ

## Section B: Sức khỏe Hành vi

Đối với **B1** & **B2**, quý vị có thường xuyên bị làm phiền bởi những điều sau đây trong 30 ngày qua không?

**B1:** Ít quan tâm hoặc hứng thú khi làm điều gì đó quý vị thường làm:

Không chút nào  Hơn một nửa các ngày  Vài ngày  Gần như hàng ngày

**B2:** Cảm thấy buồn, chán nản, dễ cáu kỉnh, hay vô vọng:

Không chút nào  Hơn một nửa các ngày  Vài ngày  Gần như hàng ngày

**B3:** Quý vị, gia đình / bạn bè của quý vị có quan tâm đến trí nhớ của quý vị không?  Có  Không

**B4:** Quý vị có thường cảm thấy mình bị cô lập với những người khác hay không?

Hầu như không bao giờ  Đôi khi  Thường xuyên

**B5:** Quý vị hiện có đang trong quá trình phục hồi vì sử dụng rượu hoặc chất kích thích không?  Có  Không

**B6:** Quý vị có thường uống đồ uống có cồn không?

Không bao giờ  2 đến 3 lần một tháng  4 lần trở lên một tuần  
 Hàng tháng hoặc ít hơn  2 đến 4 lần một tuần  2 đến 4 lần một tháng

**B7:** Quý vị có hút thuốc lá hoặc sử dụng thuốc lá không?  Có  Không

**B8:** Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã sử dụng thuốc kích thích hoặc sử dụng thuốc theo toa không vì lý do y tế?  Không  1 trở lên

## Section C: Sinh hoạt Hàng ngày

**C1:** Quý vị có sống tại:

Nhà riêng, căn hộ, chung cư hoặc nhà di động  Viện dưỡng lão  
 Căn hộ hoặc nhà trọ có sự chăm sóc và viện dưỡng lão  Không áp dụng

**C2:** Quý vị có đang sử dụng dịch vụ Y tế Tại nhà không?  Có  Không

**C3:** Quý vị sống với ai?

Vợ/chồng  Con cái hoặc người thân khác  Một mình  Bạn bè  Khác

**C4:** Có bạn bè, người thân hoặc hàng xóm nào giúp quý vị với các nhu cầu y tế của quý vị không?

Có  Không Nếu có, là ai?: \_\_\_\_\_

**C5:** Quý vị có nghĩ người chăm sóc của mình gặp khó khăn trong việc giúp đỡ những gì mình cần?

Có  Không

**C6:** Quý vị có Advanced Directive/POLST hoặc Living Will?  Có  Không

**C7:** Quý vị có ai giúp mình đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe không (giấy uỷ quyền)?

Có  Không

Nếu có, ai? \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

**C8:** Quý vị có sợ ai không hay có ai làm tổn thương mình?  Có  Không

**C9:** Có ai sử dụng tiền của quý vị mà không có sự đồng ý của quý vị không?  Có  Không

**C10:** Quý vị đã trò chuyện với nhà cung cấp của mình về việc quý vị có muốn (các) điều trị duy trì sự sống ở mức độ nào không?

Có  Không

**C11:** Quý vị đã bị ngã trong tháng trước?  Có  Không

**C12:** Quý vị có sợ bị ngã?  Có  Không

**C13:** Quý vị có đang sử dụng Thiết bị Y tế Lâu bền hay các dụng cụ y tế không?  Có  Không

**C14:** Nếu có với C13, vui lòng chọn thiết bị hoặc dụng cụ y tế nào dưới đây:

<input type="checkbox"/> Xe lăn	<input type="checkbox"/> Nệm Hơi	<input type="checkbox"/> Giường Bệnh	<input type="checkbox"/> Ghế ngồi Vệ sinh
<input type="checkbox"/> Khung tập đi	<input type="checkbox"/> Máy CPAP/Ngưng thở lúc Ngủ	<input type="checkbox"/> Ôxy	<input type="checkbox"/> Ghế Tắm
<input type="checkbox"/> Gậy	<input type="checkbox"/> Ghế có lỗ	<input type="checkbox"/> Tã giấy	<input type="checkbox"/> Ống thông

**C15:** Quản lý thuốc:

Tôi không gặp khó khăn  Có, tôi gặp khó khăn  Tôi không thể thực hiện hoạt động này nếu không có sự trợ giúp

**C16:** Điền vào mẫu đơn sức khỏe:

Tôi không gặp khó khăn  Có, tôi gặp khó khăn  Tôi không thể thực hiện hoạt động này nếu không có sự trợ giúp

**C17:** Trả lời các câu hỏi trong chuyến đi viếng thăm bác sĩ:

Tôi không gặp khó khăn  Có, tôi gặp khó khăn  Tôi không thể thực hiện hoạt động này nếu không có sự trợ giúp

**C18:** Quý vị hiện có đang sử dụng dịch vụ cuối đời hoặc chăm sóc giảm nhẹ không?  Có  Không

**C19:** Quý vị có gặp khó khăn với bất kỳ điều nào sau đây không:

<input type="checkbox"/> Tự ăn	<input type="checkbox"/> Chuyển ( ví dụ: giường sang ghế và trở lại)	<input type="checkbox"/> Đi thăm gia đình hay bạn bè
<input type="checkbox"/> Tắm rửa	<input type="checkbox"/> Vận động ( trên các bề mặt)	<input type="checkbox"/> Đi bác sĩ hay thăm bạn bè
<input type="checkbox"/> Chải tóc	<input type="checkbox"/> Đi lên hoặc xuống cầu thang	<input type="checkbox"/> Dùng điện thoại
<input type="checkbox"/> Đại tiện không tự chủ hoặc tai nạn	<input type="checkbox"/> Quản lý tiền bạc	<input type="checkbox"/> Mua thức ăn
<input type="checkbox"/> Tiểu không tự chủ hoặc tai nạn	<input type="checkbox"/> Chuẩn bị thức ăn	
<input type="checkbox"/> Dùng nhà vệ sinh	<input type="checkbox"/> Giặt giũ	
	<input type="checkbox"/> Dọn dẹp nhà	

**C20:** Nếu quý vị gặp khó khăn với bất kỳ hành động nào ở trên, quý vị có nhận được sự trợ giúp cần thiết với những hành động này không?

Có  Không

**C21:** Đôi khi quý vị hết tiền để trả tiền thuê nhà, hoá đơn và thuốc men?

Có  Không

**C22:** Trong 12 tháng qua, quý vị có bao giờ lo ngại không đủ thức ăn vì không có đủ tiền mua không?

Thường đúng  Đôi khi đúng  Không bao giờ đúng

**C23:** Trong 12 tháng qua, quý vị có bao giờ ăn ít hơn mức quý vị cần vì không có đủ tiền mua thức ăn không?

Thường đúng  Đôi khi đúng  Không bao giờ đúng

**C24:** Hoàn cảnh sống của quý vị ngày hôm nay ra sao?

Tôi có một nơi ổn định để sống

Tôi có một nơi ổn định để sống hôm nay, nhưng tôi lo sẽ mất nó trong tương lai

Tôi không có một nơi ổn định để sống (Tôi đang sống tạm thời với người khác, tại khách sạn, nơi tạm trú, sống ở ngoài đường, ở bãi biển, trong xe, toà nhà bỏ hoang, trạm xe bus hay xe lửa, hoặc ngoài công viên)

**C25:** Hãy nghĩ về nơi mình sống, quý vị có vấn đề gì với bất kỳ trường hợp nào sau đây?

**CHỌN TẤT CẢ CÁC ÁP DỤNG**

Các loại côn trùng như bọ, kiến hoặc chuột,  Lò nướng hay bếp không hoạt động

Nấm, mốc

Thiếu máy dò khói hoặc không hoạt động

Sơn có chì hoặc đường ống

Rò rỉ nước

Không có máy sưởi

Không có điều nào ở trên

**C26:** Quý vị có thể sống an toàn và di chuyển quanh nhà không?  Có  Không

Nếu không, nơi quý vị sống có:

Ánh sáng tốt  Có  Không Một cánh cửa ra bên ngoài bị khoá  Có  Không

Sưởi ấm tốt  Có  Không Cầu thang để vào nhà hay trong nhà  Có  Không

Mát mẻ  Có  Không

Thang máy  Có  Không

Tay vịn cho bất kỳ cầu thang hay đường dốc  Có  Không

Diện tích trống để sử dụng xe lăn  Có  Không

Nước nóng  Có  Không

Hướng ra khỏi nhà thoáng rộng  Có  Không

nhà vệ sinh  Có  Không

**C27:** Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện di chuyển đáng tin cậy khiến quý vị lỡ các cuộc hẹn khám bệnh, cuộc họp, công việc hoặc nhận các thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày?

Có  Không

## Sales Agent Information

Nếu có ai giúp quý vị điền mẫu đơn này, ông/bà ấy phải hoàn tất thông tin dưới đây và ký tên:

**Tên nhân viên/Đại lý /Môi giới(Viết tên)**

**Ký tên**

**Ngày**

**Mối quan hệ với người đăng ký**

**Người Đại lý NPN**

**Số điện thoại người Đại lý**

**Số giấy phép người Đại lý**

**FMO**

TRANG NÀY CỐ Ý ĐỂ TRỐNG



TRANG NÀY CỐ Ý ĐỂ TRỐNG