

您收到本表格的原因是您加入了 Health Plan of San Joaquin。您的新計畫將使用本表格來確保您獲得所需的照護。

請圈選適用於您的回答。您家中加入 Health Plan of San Joaquin 的所有人都需要填寫一份本表格。

如果您有任何疑問，請致電 **888.936.7526** 聽/語障專線 **711** 與 Health Plan of San Joaquin 聯絡。服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。請使用印有回郵地址的郵資已付信封將填妥的表格寄回至：

Health Plan of San Joaquin
ATTN: CARE MANAGEMENT DEPARTMENT
7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231

填寫本表格純屬自願。我們不會基於您的保密回答而拒絕向您提供照護。

會員 ID 號：_____ 電話號碼：_____

會員姓名：_____

出生日期：_____

1. 您是否需要在接下來的 60 天內去看醫生？..... 是 否
- a. 您是否已經與您的醫生見面？..... 是 否
2. 您是否每天需要服用 3 種或更多種處方藥？..... 是 否
3. 您是否因精神健康問題而去看醫生，例如情緒、行為變化或逃避社交？..... 是 否
4. 您在過去 12 個月內是否去過急診室兩次或更多次？..... 是 否
5. 您在過去 12 個月內是否曾住院？..... 是 否
6. 您在過去 6 個月內是否需要個人照護方面的幫助，例如洗澡、穿衣或更換繃帶？ 是 否
7. 您是否正在使用醫療用品，例如病床、輪椅、助行器、氧氣或造瘻袋？..... 是 否
8. 您是否有限制您活動或行為能力的病症？..... 是 否
9. 您是否已懷孕？..... 是 否
 - a. 如果是，您目前是否正因這次懷孕而去看醫生？..... 是 否
10. 您是否因慢性病而經常去看醫生？..... 是 否
 - a. 如果是，請填寫所有適用項：

<input type="radio"/> 哮喘	<input type="radio"/> 癌症	<input type="radio"/> 囊性纖維化	<input type="radio"/> 糖尿病
<input type="radio"/> 心臟問題	<input type="radio"/> 肝炎	<input type="radio"/> 高血壓	<input type="radio"/> HIV 或 AIDS
<input type="radio"/> 腎病	<input type="radio"/> 癲癇	<input type="radio"/> 鎌狀細胞貧血	<input type="radio"/> 結核病

如果您認為自己需要在 HPSJ 聯絡您之前去看醫生，您應該去看醫生或前往醫院。

簽名：_____ 日期：_____