Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

Advantage D-SNP

# Đánh Giá Nguy Cơ Sức Khỏe

Quý vị nhận được biểu mẫu này vì đã đăng ký Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO). Chương trình mới của quý vị sẽ sử dụng biểu mẫu này để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết.

Vui lòng đánh dấu vào ô vuông cạnh câu trả lời phù hợp với quý vị. Điền biểu mẫu riêng cho mỗi thành viên gia đình đã đăng ký với chúng tôi.

Nếu có thắc mắc, quý vị vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-888-361-7526 (TTY: 711)** từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Vui lòng gửi lại biểu mẫu đã điền trong bì thư có dán tem ghi sẵn địa chỉ người nhận đến:

**Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP**
**ATTN: CASE MANAGEMENT DEPARTMENT**
**7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231**

*Việc điền biểu mẫu này là tự nguyện. Chúng tôi sẽ giữ bí mật cho câu trả lời của quý vị và không từ chối dịch vụ chăm sóc chỉ vì quý vị đã trả lời.*

**Số ID Hội Viên:**..... **Ngày Đăng Ký:**.....

**Tên Hội Viên:**..... **Ngày Sinh:**.....

**Địa Chỉ của Hội Viên:**.....

**Thành Phố:**..... **Tiểu Bang:**..... **Mã Zip:**.....

1. Ngôn ngữ ưu tiên của quý vị là ngôn ngữ nào?
   - ☐ Tiếng Ả Rập
   - ☐ Tiếng Armenia
   - ☐ Tiếng Trung Quốc
   - ☐ Tiếng Anh
   - ☐ Tiếng Hindi
   - ☐ Tiếng H'Mông
   - ☐ Tiếng Nhật
   - ☐ Tiếng Hàn
   - ☐ Tiếng Lào
   - ☐ Tiếng Miền
   - ☐ Tiếng Môn-Khmer, Tiếng Campuchia
   - ☐ Tiếng Ba Tư (Farsi)
   - ☐ Tiếng Punjab
   - ☐ Tiếng Nga
   - ☐ Tiếng Tây Ban Nha
   - ☐ Tiếng Tagalog
   - ☐ Tiếng Thái
   - ☐ Tiếng Ukraina
   - ☐ Tiếng Việt
   - ☐ Khác

2. Vui lòng chọn (các) nhóm dân tộc mà quý vị cảm thấy phù hợp nhất:
   - ☐ Người gốc Tây Ban Nha
   - ☐ Không phải người gốc Tây Ban Nha
   - ☐ Tôi không muốn trả lời

3. Vui lòng chọn (các) nhóm chủng tộc mà quý vị cảm thấy phù hợp nhất:
   - ☐ Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Địa
   - ☐ Người Châu Á
   - ☐ Người Da Màu hoặc Người Mỹ Gốc Phi
   - ☐ Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương khác
   - ☐ Người Da Trắng
   - ☐ Đa Chủng Tộc
   - ☐ Khác
   - ☐ Tôi không muốn trả lời

4. Quý vị có sở thích hoặc yếu tố cần cân nhắc nào mà chúng tôi cần biết không? Vui lòng chọn tất cả những câu trả lời phù hợp.
   - ☐ Tên Muốn Dùng
   - ☐ Nhu Cầu Về Tôn Giáo/Tâm Linh/Văn Hóa hoặc ?
   - ☐ Khiếm thính
   - ☐ Có vấn đề về thị lực
   - ☐ Thông tin được cung cấp ở Định Dạng Thay Thế (bản in khổ chữ lớn, CD âm thanh, CD chứa dữ liệu hoặc chữ nổi Braille)
   - ☐ Không có mục nào nêu trên
   - ☐ Khác
   - ☐ Tôi không muốn trả lời

5. Quý vị đã từng được chẩn đoán mắc bất kỳ bệnh nào sau đây?
   - ☐ Hen suyễn
   - ☐ Ung thư (đang điều trị) Tiểu đường
   - ☐ Cao huyết áp
   - ☐ Suy tim
   - ☐ Đột quỵ
   - ☐ Hạn chế về khả năng nhận thức (các vấn đề về trí nhớ, chẳng hạn như bệnh Alzheimer hoặc chứng mất trí nhớ) và/hoặc các hạn chế về phát triển
   - ☐ Rối loạn máu (bao gồm thiếu máu, hồng cầu hình liềm hoặc rối loạn đông máu)
   - ☐ Bệnh gan, chẳng hạn như xơ gan hoặc cổ trướng
   - ☐ Suy thận/lọc máu/Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối
   - ☐ Rối loạn thần kinh (chẳng hạn như động kinh, đa xơ cứng)
   - ☐ Thiếu cân/Thừa cân/Các tình trạng béo phì khác
   - ☐ COPD (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính)
   - ☐ Ghép tạng
   - ☐ Khác
   - ☐ Tôi chưa từng được chẩn đoán hoặc điều trị bất kỳ tình trạng sức khỏe nào

6. Quý vị có đang mang thai không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

7. Nếu có, quý vị hiện có đang khám thai với bác sĩ không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

8. Quý vị có gặp tình trạng đau gây ảnh hưởng tới cuộc sống hàng ngày không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

9. Trong 6 tháng qua, quý vị đã đến phòng cấp cứu hoặc ở lại bệnh viện qua đêm bao nhiêu lần?
   - ☐ Không có lần nào
   - ☐ 1 lần
   - ☐ 2 đến 5 lần
   - ☐ Hơn 6 lần
   - ☐ Tôi không muốn trả lời

10. Quý vị cần trợ giúp trong bất kỳ hoạt động nào sau đây?
    - ☐ Tắm rửa
    - ☐ Đi lên hoặc xuống cầu thang
    - ☐ Ăn uống
    - ☐ Nhận dịch vụ chăm sóc răng miệng
    - ☐ Mặc quần áo
    - ☐ Đánh răng, chải đầu, cạo râu
    - ☐ Chuẩn bị bữa ăn hoặc nấu nướng
    - ☐ Ra khỏi giường hoặc ghế
    - ☐ Mua sắm và mua thực phẩm
    - ☐ Đi vệ sinh
    - ☐ Đi lại
    - ☐ Rửa bát đĩa hoặc giặt quần áo
    - ☐ Ký séc hoặc theo dõi tình hình tài chính
    - ☐ Bắt xe đến phòng khám của bác sĩ hoặc gặp bạn bè
    - ☐ Làm việc nhà hoặc làm vườn
    - ☐ Ra ngoài thăm gia đình hoặc bạn bè
    - ☐ Sử dụng điện thoại
    - ☐ Theo dõi lịch hẹn
    - ☐ Không, tôi không gặp vấn đề gì với các hoạt động này

11. Nếu có, quý vị có nhận được mọi hỗ trợ cần thiết cho những hành động này không?
    - ☐ Có
    - ☐ Không
    - ☐ Không chắc
    - ☐ Từ chối trả lời

12. Quý vị có cần hỗ trợ khi dùng thuốc không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

13. Gần đây quý vị có thay đổi liên quan đến thuốc không (dùng thuốc mới, liều mới, ngừng bất kỳ loại thuốc nào, v.v.)?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

14. Quý vị có cần hỗ trợ khi điền biểu mẫu y tế không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

15. Quý vị có cần hỗ trợ khi trả lời các câu hỏi trong buổi khám bác sĩ không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

16. Quý vị có bị ngã trong tháng trước không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

17. Quý vị có sợ bị té ngã không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

18. Hiện tại quý vị có đăng ký nhận bất kỳ dịch vụ hoặc nguồn hỗ trợ nào từ Cộng Đồng, Quận hoặc Tiểu Bang không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

19. Quý vị có nhận được tất cả các dịch vụ trong quyền lợi của mình không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

20a. Quý vị mô tả thế nào về hoàn cảnh sống hiện tại của mình?
   - ☐ Tôi có nơi ở ổn định
   - ☐ Tôi hiện đang có nơi ở nhưng tôi lo lắng mình có thể mất nơi ở trong tương lai
   - ☐ Tôi không có nơi ở ổn định (Tôi đang tạm thời sống với người khác, sống trong khách sạn, sống ở cơ sở trú ẩn, sống ngoài đường, trên bãi biển, trong xe hơi, nhà bỏ hoang, bến xe buýt hoặc nhà ga hoặc trong công viên)
   - ☐ Tôi vừa ra tù và đã trở về nhà
   - ☐ Tôi vừa dọn ra khỏi Nhà Điều Dưỡng và đã trở về nhà

20b. Chọn một mục:
   - ☐ Sống tại nhà của tôi
   - ☐ Sống tại nhà/căn hộ tôi thuê
   - ☐ Sống cùng người thân
   - ☐ Sống tại cơ sở trú ẩn
   - ☐ Sống tại nhà chăm sóc tập thể hoặc trại cai nghiện
   - ☐ Sống tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt
   - ☐ Hiện tại tôi đang vô gia cư/không có nơi trú ẩn
   - ☐ Một nơi khác
   - ☐ Tôi không muốn trả lời

21. Hãy suy nghĩ về nơi quý vị đang sống. Quý gặp phải vấn đề nào sau đây?
   - ☐ Loài gây hại như bọ, kiến hoặc chuột
   - ☐ Nấm mốc
   - ☐ Sơn có chì hoặc ống nước bằng chì
   - ☐ Không có hệ thống sưởi ấm tốt
   - ☐ Lò nướng hoặc bếp không dùng được
   - ☐ Không có máy báo khói hoặc máy không hoạt động
   - ☐ Rò rỉ nước
   - ☐ Không có vấn đề nào nêu trên

22. Quý vị có thể sống an toàn và di chuyển dễ dàng trong nhà không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Khác

23. Nếu không, nơi quý vị đang sống có:
- ☐ Ánh sáng tốt
- ☐ Hệ thống sưởi ấm tốt
- ☐ Hệ thống làm mát tốt
- ☐ Tay vịn cho mọi cầu thang hoặc con dốc
- ☐ Nước nóng
- ☐ Nhà vệ sinh trong nhà
- ☐ Cửa ra ngoài có khóa
- ☐ Cầu thang để đi vào nhà hoặc cầu thang bên trong nhà
- ☐ Thang máy
- ☐ Không gian để sử dụng xe lăn
- ☐ Lối ra khỏi nhà thông thoáng
- ☐ Giải thích những vấn đề khó khăn khác

24. Quý vị có nhận thấy bất kỳ thay đổi nào trong khả năng suy nghĩ, ghi nhớ hoặc đưa ra quyết định không?
- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không chắc
- ☐ Từ chối trả lời

25. Quý vị có người thân hoặc người nào khác sẵn lòng và có khả năng giúp đỡ khi quý vị cần không?
- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không chắc
- ☐ Từ chối trả lời

26. Quý vị có từng nghĩ rằng người chăm sóc của quý vị gặp khó khăn trong việc hỗ trợ quý vị khi cần không?
- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không chắc
- ☐ Từ chối trả lời

27. Quý vị có sợ một người nào đó hoặc có ai đó làm tổn hại tới quý vị không?
- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không chắc
- ☐ Từ chối trả lời

28. Có ai sử dụng tiền của quý vị mà chưa có sự đồng ý của quý vị không?
- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không chắc
- ☐ Từ chối trả lời

29. Quý vị đã từng được chẩn đoán hoặc hiện đang điều trị tình trạng sức khỏe hành vi nào sau đây? Vui lòng chọn tất cả những câu trả lời phù hợp.
- ☐ Tôi chưa bao giờ được chẩn đoán hoặc điều trị bất kỳ tình trạng sức khỏe hành vi nào
- ☐ ADHD (rối loạn tăng động giảm chú ý)
- ☐ Lo Âu
- ☐ Tự Kỷ
- ☐ Rối Loạn Lưỡng Cực
- ☐ Trầm Cảm
- ☐ Rối Loạn Tâm Thần (tâm thần phân liệt)
- ☐ Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
- ☐ Khác:

30. Quý vị có cần hỗ trợ để nhận bất kỳ dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc hành vi nào không?
- ☐ Có
- ☐ Không

31. Trong 2 tuần qua, quý vị có thường xuyên cảm thấy khó chịu vì bồn chồn, lo lắng hoặc căng thẳng không?
- ☐ Không
- ☐ Một vài ngày
- ☐ Hơn một nửa số ngày
- ☐ Gần như mỗi ngày

32. Trong 2 tuần qua, quý vị có thường xuyên cảm thấy khó chịu vì không thể ngừng hoặc kiểm soát được cảm giác lo lắng không?
- ☐ Không
- ☐ Một vài ngày
- ☐ Hơn một nửa số ngày
- ☐ Gần như mỗi ngày

33. Trong những tuần qua, quý vị có thường xuyên cảm thấy khó chịu vì không còn hứng thú hoặc niềm vui khi làm việc gì đó không?
   - ☐ Không
   - ☐ Một vài ngày
   - ☐ Hơn một nửa số ngày
   - ☐ Gần như mỗi ngày

34. Trong 2 tuần qua, quý vị có thường xuyên cảm thấy khó chịu vì bị chán nản, trầm cảm hoặc tuyệt vọng không?
   - ☐ Không
   - ☐ Một vài ngày
   - ☐ Hơn một nửa số ngày
   - ☐ Gần như mỗi ngày

35. Trong tháng qua (30 ngày), có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy cô đơn?
   - ☐ Không có ngày nào – Tôi không bao giờ cảm thấy cô đơn
   - ☐ Dưới 5 ngày
   - ☐ Hơn một nửa số ngày (hơn 15 ngày)
   - ☐ Hầu hết các ngày – Tôi luôn cảm thấy cô đơn

36. Quý vị có từng cảm thấy mình nên hạn chế uống rượu hoặc sử dụng chất kích thích không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

37. Hiện tại quý vị có sử dụng sản phẩm thuốc lá nào không (hút thuốc, hút thuốc lá điện tử, nhai thuốc lá)?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

38. Trong 12 tháng qua, quý vị có gặp tình trạng không thể đến buổi hẹn khám, không thể đi họp, đi làm hoặc mua những thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày do thiếu phương tiện đi lại đáng tin cậy không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

39. Thỉnh thoảng, quý vị có hết tiền để trả tiền thực phẩm, tiền thuê nhà, hóa đơn và thuốc men không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

40. Trong vòng 12 tháng qua, tình trạng thực phẩm quý vị mua không đủ dùng và quý vị không có tiền để mua thêm thế nào.
   - ☐ Thường xuyên
   - ☐ Thỉnh thoảng
   - ☐ Không bao giờ
   - ☐ Tôi không muốn trả lời

41. Trong vòng 12 tháng qua, quý vị có lo lắng rằng thực phẩm của mình sẽ hết trước khi có tiền để mua thêm không.
   - ☐ Thường xuyên
   - ☐ Thỉnh thoảng
   - ☐ Không bao giờ
   - ☐ Tôi không muốn trả lời

42. Quý vị có di chúc (y tế) hoặc chỉ thị trước (tài liệu nêu các nguyện vọng đối với việc chăm sóc y tế của quý vị nếu quý vị không thể tự bày tỏ những nguyện vọng này) không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không
   - ☐ Không chắc
   - ☐ Từ chối trả lời

43. Quý vị có muốn biết thông tin về di chúc (y tế) và chỉ thị trước không?
   - ☐ Có
   - ☐ Không

Chữ Ký: ..... Ngày: .....

**Cảm ơn quý vị đã điền biểu mẫu này. Bước tiếp theo là thảo luận về câu trả lời của quý vị đối với đánh giá này và tạo kế hoạch chăm sóc.**