

Quý vị được nhận biểu mẫu này do đang tham gia một chương trình sức khỏe mới là Medi-Cal. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) sẽ sử dụng biểu mẫu này để đảm bảo quý vị nhận được sự chăm sóc cần thiết.

Vui lòng dùng bút mực đen hoặc xanh để tô các hình tròn tương ứng với câu trả lời đúng đối với quý vị. Hãy hoàn thành một mẫu cho mỗi người trong gia đình đang tham gia một chương trình sức khỏe Medi-Cal mới này.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin vui lòng gọi cho SCFHP theo số miễn cước 1-800-260-2055 Thứ

Hai đến Thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều.  
Người sử dụng TDD/TTY (Máy điện báo in chữ) hãy quay số 1-800-735-2929 or 711.

Vui lòng gửi lại biểu mẫu đã hoàn tất trong phong bì đính kèm, đã trả bưu phí, tới địa chỉ sau:

Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

---

**Việc điền vào biểu mẫu này là tự nguyện. Quý vị sẽ không bị từ chối dịch vụ chăm sóc dựa trên các câu trả lời bảo mật của mình.**

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Mã Hội Viên: \_\_\_\_\_

Tên của Người Hoàn Thành Biểu Mẫu: \_\_\_\_\_

1. Quý vị có cần thăm khám bác sĩ trong 60 ngày tới không? .....  Có  Không
2. Quý vị có dùng 3 hoặc nhiều hơn 3 loại thuốc kê đơn mỗi ngày không? .  Có  Không
3. Quý vị có thường xuyên thăm khám bác sĩ về tình trạng sức khỏe tâm thần như trầm cảm, rối loạn lưỡng cực hoặc tâm thần phân liệt không? .....  Có  Không
4. Quý vị có phải tới phòng cấp cứu hai lần hoặc nhiều hơn trong 12 tháng qua không? .....  Có  Không
5. Quý vị có nhập viện trong 12 tháng qua không? .....  Có  Không
6. Quý vị có cần trợ giúp trong việc chăm sóc cá nhân như tắm rửa, mặc quần áo, chuẩn bị bữa ăn hay các hoạt động hàng ngày khác trong 6 tháng qua không? .....  Có  Không
7. Quý vị có đang sử dụng thiết bị hay vật tư y tế như giường bệnh viện, xe lăn, khung tập đi, bình oxy hay bao hậu môn nhân tạo không? .....  Có  Không
8. Quý vị có mắc tình trạng nào làm hạn chế hoạt động của quý vị hay những việc quý vị có thể làm không? .....  Có  Không

9. Quý vị có đang mang thai không? .....  Có  Không

9a. Nếu Có, quý vị có đang thăm khám bác sĩ đối với lần mang thai này không?

.....  Có  Không

10. Quý vị có thường xuyên thăm khám bác sĩ đối với một tình trạng bệnh lý mãn tính không?

.....  Có  Không

Nếu Có, hãy tô tất cả đáp án đúng:

Suyễn

Các Vấn Đề về  
Tim

Bệnh Thận

Ung Thư

Co Giật

Xơ Nang

Viêm Gan

Thiếu Hồng Cầu  
Hình Liềm

Tiểu Đường

Cao Huyết Áp

Bệnh Lao

HIV hoặc AIDS

Khác \_\_\_\_\_

**Nếu quý vị nghĩ mình cần tới khám bác sĩ ngay bây giờ, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-260-2055. Chúng tôi cũng có một đường dây Y Tá Tư Vấn trực 24/24 mà quý vị có thể liên hệ theo số 1-877-509-0294.**