

THÔNG TIN VỀ HỘI VIÊN

Ngày Hôm Nay: _____

Tên Hội Viên: _____

Số Định Danh (Identification, ID) SCFHP: _____

Ngày Sinh: _____

Địa Chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____ Email: _____

Tên Người Hoàn Thành Biểu Mẫu Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA):

Số Điện Thoại: _____

Mối Quan Hệ với Hội Viên: _____

THÔNG TIN NHÂN KHẨU HỌC VỀ HỘI VIÊN

- Giới Tính:** Nam Nữ Nam chuyển giới/người chuyển giới từ nữ thành nam (female-to-male, FTM) Nữ chuyển giới/người chuyển giới từ nam thành nữ (male-to-female, MTF) Phi nhị nguyên giới, không xác định là nam hay nữ Không muốn tiết lộ Danh mục giới tính bổ sung hoặc khác (vui lòng nêu rõ): _____
- Giới Tính Khi Sinh:** Nam Nữ Không biết Không muốn tiết lộ
- Đại từ:** Anh ấy Cô ấy Họ Khác (vui lòng nêu rõ): _____
- Khuynh Hướng Tính Dục:** Thẳng hoặc Dị Tính Đồng Tính Nam hoặc Đồng Tính Nữ hoặc Đồng Tính Luyến Ái Song Tính Không biết Không muốn tiết lộ Khác (vui lòng nêu rõ): _____
- Tình Trạng Hôn Nhân:** Độc thân Đã kết hôn Ly thân Ly hôn Góa
- Chiều Cao:** _____ feet _____ inch **Cân Nặng:** _____ pound
- Chủng Tộc/Dân Tộc:**
 Người Da Trắng Người Mỹ Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Người Châu Á
 Người Gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha Người Bản Địa Alaska hoặc Người Mỹ Bản Địa Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương
 Không biết Khác: _____

8. Ngôn Ngữ Ưu Tiên:

Ngôn Ngữ Nói

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Anh | <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại | <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông | <input type="checkbox"/> Tiếng Ba Tư |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Việt | <input type="checkbox"/> Tiếng Hindi | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

Ngôn Ngữ Viết

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Anh | <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Trung Phồn Thể | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung Giản Thể | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt |
| <input type="checkbox"/> Khác: _____ | | |

9. Quý vị có muốn chọn một người làm người đại diện được ủy quyền của quý vị để phối hợp làm việc với Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) không?

Người đại diện được ủy quyền là người mà quý vị có thể chọn để thay mặt quý vị phối hợp với SCFHP chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Người đại diện được ủy quyền của quý vị có thể phối hợp với SCFHP để sử dụng, nhận hoặc tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của quý vị. Nếu Có, Biểu Mẫu Đại Diện Được Ủy Quyền sẽ được gửi đến quý vị để hoàn thành và gửi lại.

- Có Không

10. Quý vị có giấy tờ pháp lý nào cho phép một người đưa ra các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định không?

- Có Không

Nếu Có, vui lòng chọn loại giấy tờ quý vị có.

Vui lòng đánh dấu tất cả các câu phù hợp:

- Ủy Quyền Dài Hạn Không hồi sức cấp cứu (do not resuscitate, DNR)
 Quyền Giám Hộ/Quyền Bảo Hộ Chỉ Thị Trước
 Khác: _____

Nếu Không, quý vị đã thảo luận về các Chỉ Thị Trước với Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) của quý vị chưa?

- Rồi Chưa

BỆNH SỬ

11. Tên PCP: _____

Ngày gần đây nhất PCP thăm khám cho quý vị: _____

Bác Sĩ Chuyên Khoa (nếu có):

a) Chuyên Khoa: _____ b) Chuyên Khoa: _____

Tên: _____

Tên: _____

Ngày Diễn Ra Cuộc Hẹn Thăm Khám Gần

Ngày Diễn Ra Cuộc Hẹn Thăm Khám Gần

Đây Nhất: _____

Đây Nhất: _____

c) Chuyên Khoa: _____ d) Chuyên Khoa: _____

Tên: _____ Tên: _____

Ngày Diễn Ra Cuộc Hẹn Thăm Khám Gần _____ Ngày Diễn Ra Cuộc Hẹn Thăm Khám Gần _____

Đây Nhất: _____ Đây Nhất: _____

12. Quý vị mô tả như thế nào về sức khỏe thể chất của mình?

Tuyệt vời Rất tốt Tốt Bình thường Kém

13. Quý vị mô tả như thế nào về sức khỏe tâm thần của mình?

Tuyệt vời Rất tốt Tốt Bình thường Kém

14. Quý vị có thường xuyên thăm khám với bác sĩ hoặc bác sĩ trị liệu để biết tình trạng sức khỏe tâm thần của mình không?

Có Không

15. Quý vị đã bao giờ được chẩn đoán mắc hoặc nhận được dịch vụ điều trị cho bất kỳ tình trạng nào sau đây chưa?

Vui lòng đánh dấu tất cả các câu phù hợp:

Viêm Khớp

Trầm Cảm

Thị Lực Giới Hạn

Hen Suyễn

Bệnh Tiểu Đường

Bệnh Gan

Ung Thư

Khuyết Tật Phát Triển
Ví dụ: Tự Kỷ, Bại Não, Hội Chứng Down

Các Vấn Đề về Trí Nhớ
Ví dụ: Chứng Mất Trí, Alzheimer

Đau Mãn Tính

Vấn Đề về Thính Lực

Cấy Ghép Nội Tạng

Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mãn Tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)

Cholesterol Cao

Tâm Thần Phân Liệt/Rối Loạn Lượng Cực

Suy Tim Sung Huyết

Bệnh Truyền Nhiễm
Ví dụ: Viêm Gan, HIV/AIDS, Lao (Tuberculosis)

Động Kinh

Bệnh Động Mạch Vành:
Ví dụ: Huyết áp cao, Đau tim, Phẫu thuật tim, Đau ngực

Bệnh Thận
Ví dụ: Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối, Chạy Thận Nhân Tạo

Đột Quy

Khác: _____

16. Quý vị hiện đang sử dụng bao nhiêu loại thuốc khác nhau?

0 1-5 6-10 11+

17. Quý vị có hiểu cách dùng thuốc của mình không?

Có Không

18. Quý vị có gặp khó khăn khi nhận hoặc lấy thuốc không?

Có Không

19. Cơn đau ảnh hưởng như thế nào đến các hoạt động bình thường của quý vị?

- Không Ảnh Hưởng Ảnh Hưởng Một Chút Ảnh Hưởng ở Mức Trung Bình
 Ảnh Hưởng Khá Nhiều Ảnh Hưởng Rất Nhiều

20. Quý vị hiện đang áp dụng những cách nào để kiểm soát cơn đau của mình?

Vui lòng đánh dấu tất cả các câu phù hợp:

- Thuốc Vật Lý Trị Liệu Phòng Khám Kiểm Soát Cơn Đau
 Hiện Không Áp Dụng Cách Nào Khác: _____

THÔNG TIN SỨC KHỎE

21. Quý vị hiện có sử dụng bất kỳ loại vật tư hay thiết bị nào sau đây không?

Vui lòng đánh dấu tất cả các câu phù hợp:

- Máy đo huyết áp Dụng cụ hỗ trợ bài tiết mắt tự chủ Dụng cụ hỗ trợ cho ăn qua ống
 Máy thở C-Pap hay Bi-Pap Máy xông khí dung Máy thở
 Gậy chống Vật tư cho hậu môn nhân tạo Khung tập đi
 Vật tư điều trị bệnh tiểu đường Oxy Xe lăn
 Kính mắt/Kính áp tròng Nhà vệ sinh di động Vật tư chăm sóc vết thương
 Máy trợ thính Bộ phận giả Không sử dụng
 Giường Bệnh/Thiết Bị Nâng Nhấc Bệnh Nhân Dụng cụ hút
 Khác (vui lòng nêu rõ): _____

22. Quý vị có cần trợ giúp để nhận bất kỳ vật tư hay thiết bị nào vào thời điểm này không?

- Có Không

Nếu có, vui lòng nêu rõ: _____

23. Quý vị có cần trợ giúp điền thông tin hoặc ghi chép các giấy tờ không?

- Có Không

24. Quý vị có cần trợ giúp để trao đổi với bác sĩ về sức khỏe của mình không?

- Có Không

25. Quý vị có thường xuyên hút thuốc lá, sử dụng thuốc lá điện tử hay các sản phẩm chứa nicotin/các loại thuốc lá khác không?

- Có Không

Nếu Có, quý vị có muốn được hỗ trợ giảm tần suất sử dụng thuốc lá của mình không?

- Có Không

26. Quý vị có cảm thấy mình uống quá nhiều đồ uống có cồn không?

- Có Không

Nếu Có, quý vị có muốn thảo luận về những cách giúp quý vị giảm tần suất sử dụng đồ uống có cồn không?

Có Không

27. Quý vị có đang sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện nào hay sử dụng thuốc theo toa không được kê toa cho quý vị không?

Có Không

Nếu Có, quý vị có muốn thảo luận về những cách giúp quý vị giảm tần suất sử dụng những loại chất gây nghiện hoặc thuốc theo toa này không?

Có Không

28. Quý vị có bất kỳ thay đổi nào trong việc suy nghĩ, ghi nhớ hoặc đưa ra quyết định không?

Có Không

29. Trung bình, quý vị thường cảm thấy cô đơn như thế nào?

Hầu như mỗi ngày

thỉnh thoảng

Hiếm khi

Không bao giờ

30. Trong 30 ngày qua, quý vị thường có những cảm giác sau đây như thế nào:

a) Ít hứng thú hoặc vui vẻ khi làm mọi việc

Không hề

Vài ngày

Hơn nửa số ngày trong tháng

Gần như mỗi ngày

b) Cảm thấy buồn chán, chán nản hoặc tuyệt vọng

Không hề

Vài ngày

Hơn nửa số ngày trong tháng

Gần như mỗi ngày

Nếu quý vị đang có ý định làm tổn thương bản thân hoặc người khác, vui lòng gọi đến Đường Dây Phòng Ngừa Tự Tử và Khủng Hoảng theo số 9-8-8.

HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

31. Quý vị có cần trợ giúp với bất kỳ hoạt động nào trong số các hoạt động sau đây không?

(Vui lòng đánh dấu "CÓ" hoặc "KHÔNG" cho từng mục)

	CÓ	KHÔNG
a) Tắm bồn hoặc tắm vòi hoa sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ăn uống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mặc quần áo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sử dụng nhà vệ sinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Đánh răng, chải đầu và/hoặc cạo râu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Đi bộ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ra khỏi giường hoặc ghế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Lên cầu thang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Chuẩn bị đồ ăn hoặc nấu nướng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Làm việc nhà hoặc làm vườn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Rửa bát đĩa hoặc giặt quần áo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Mua sắm và mua đồ ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Nhờ người đưa đón đến thăm khám với bác sĩ hoặc gặp gỡ bạn bè/gia đình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Viết séc hoặc quản lý tiền bạc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Sử dụng điện thoại	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Sử dụng máy tính hoặc Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Theo dõi lịch hẹn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Ra ngoài để thăm gia đình hoặc bạn bè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Thực hiện bất kỳ hoạt động nào khác: _____		

Nếu quý vị trả lời Có cho bất kỳ hoạt động nào được liệt kê trên đây, quý vị có đang nhận được tất cả sự trợ giúp quý vị cần để thực hiện những hoạt động đó không?

Có Không

Nếu Không, vui lòng nêu rõ:

32. Trong số các thành viên trong gia đình, bạn bè và/hoặc những người chăm sóc, có ai sẵn sàng và có thể trợ giúp quý vị khi quý vị cần không?

Có Không

Nếu Có, theo quý vị, họ có bao giờ gặp khó khăn trong việc cung cấp cho quý vị tất cả sự trợ giúp quý vị cần không?

Có Không

33. Quý vị có thỉnh thoảng sử dụng điện thoại và/hoặc Internet để đặt lịch hẹn thăm khám không?

Có Không

34. Quý vị có thể sống an toàn và di chuyển dễ dàng trong nhà của mình không?

Có Không

35. Quý vị có bị ngã trong sáu (6) tháng vừa qua không?

Có Không

Nếu Có, vui lòng nêu rõ số lần: _____

36. Quý vị có lo lắng về nguy cơ bị ngã không?

Có Không

DỊCH VỤ VÀ HỖ TRỢ

37. Quý vị hiện có đang sử dụng hoặc nhận bất kỳ nguồn trợ giúp nào trong số những nguồn trợ giúp sau tại cộng đồng của mình không?

Vui lòng đánh dấu "CÓ" hoặc "KHÔNG" cho từng mục:

	CÓ	KHÔNG
a) Cán Bộ Quản Lý Trường Hợp, Nhân Viên Xã Hội và/hoặc Điều Phối Viên Chăm Sóc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tên Cán Bộ Quản Lý Trường Hợp: _____		
Cơ Quan: _____		
Thông Tin Liên Hệ: _____		
b) Dịch Vụ Cộng Đồng dành cho Người Lớn/Trung Tâm Chăm Sóc Sức Khỏe Ban Ngày dành cho Người Lớn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Trung Tâm Cộng Đồng hoặc Trung Tâm Người Cao Tuổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Chương trình ngoại trú về cai nghiện đồ uống có cồn hoặc chất gây nghiện của quận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Các dịch vụ quản lý trường hợp sức khỏe tâm thần của quận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Các chương trình hỗ trợ thực phẩm (Ví dụ: Bữa Ăn Giao Tận Nơi, CalFresh, ngân hàng thực phẩm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Giúp thanh toán các hóa đơn dịch vụ tiện ích/tiền thuê nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Chương trình chăm sóc cuối đời/Chương trình chăm sóc giảm nhẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu Có, tên của nhà cung cấp hay người chăm sóc của quý vị là gì?

j) Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần
Tên Cán Bộ Quản Lý Trường Hợp: _____
Cơ Quan: _____
Thông Tin Liên Hệ: _____

k) An Sinh Xã Hội
l) Dịch Vụ Đưa Đón
m) Bộ Cựu Chiến Binh
n) Các Tổ Chức Chăm Sóc Sức Khỏe (như các lớp thể dục hoặc kiểm soát bệnh tật)
o) Các nguồn trợ giúp cộng đồng khác
Nếu Có, vui lòng nêu rõ:

38. Quý vị có muốn nhận thông tin về bất kỳ nguồn trợ giúp nào sau đây không?
(Vui lòng đánh dấu "CÓ" hoặc "KHÔNG" cho từng mục)

	CÓ	KHÔNG
a) Nha khoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nhãn khoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Thẻ hình/Thẻ dục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Quý vị có bao giờ hết tiền để chi trả cho bất kỳ khoản nào sau đây không?

Vui lòng đánh dấu tất cả các câu phù hợp:

Thực phẩm Tiền thuê nhà Dịch vụ tiện ích Hóa đơn Thuốc

40. Có ai sử dụng tiền của quý vị mà không được quý vị đồng ý không?

Có Không

41. Quý vị có lo lắng về việc bất kỳ ai đó gần gũi với quý vị sẽ làm tổn thương quý vị hay có ai đó gần gũi với quý vị đang làm tổn thương quý vị không?

Có Không

Nếu Có, Cán Bộ Quản Lý Trường Hợp sẽ liên hệ với quý vị.

Thời điểm phù hợp nhất và số điện thoại liên hệ để gọi cho quý vị là gì?

Số Điện Thoại: _____ Ngày/Giờ: _____

Nếu quý vị đột ngột gặp nguy hiểm, vui lòng gọi số 9-1-1.

ĐIỀU KIỆN SỐNG

42. Trong sáu (6) tháng qua, quý vị có nơi cư trú ổn định không?

Có Không

43. Quý vị hiện đang sinh sống bằng loại hình cư trú nào?

- Cơ sở hỗ trợ sinh sống Chăm Sóc Dài Hạn Cộng Đồng Người Cao Tuổi
- Vô gia cư/Xe hơi/Ngoài đường Sở hữu nơi cư trú Nhà tạm trú
- Sinh sống tại nhà của bạn bè hoặc thành viên trong gia đình Thuê nơi cư trú Khác: _____
- _____

44. Quý vị sống với ai?

Vui lòng đánh dấu tất cả các câu phù hợp:

- Tôi sống một mình Người quan trọng/Bạn đời/Vợ/Chồng Bạn bè Bạn cùng phòng
- Thành viên trong gia đình. Mối quan hệ với hội viên: _____
- Khác: _____

45. Quý vị có lo lắng hay quan ngại rằng trong sáu (6) tháng tới, quý vị sẽ KHÔNG có nơi cư trú ổn định không?

- Có Không

Nếu Có, vui lòng nêu rõ lý do:

- Bị đe dọa/Nhận được Thông Báo Trục Xuất Không có khả năng chi trả cho nơi cư trú Nhà ở gần như không đáp ứng nhu cầu của tôi
- Khác: _____

THÔNG TIN BỔ SUNG

46. Mỗi quan tâm chính của quý vị lúc này là gì?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

47. Quý vị có muốn phối hợp với Cán Bộ Quản Lý Trường Hợp để điều chỉnh kế hoạch chăm sóc theo ý muốn của mình không?

Kế hoạch chăm sóc là một tập hợp các mục tiêu chăm sóc sức khỏe do quý vị và các điều phối viên chăm sóc của quý vị xây dựng nên để giúp quý vị kiểm soát sức khỏe và đạt được các mục tiêu chăm sóc sức khỏe của mình. Nhiều hội viên cảm thấy hữu ích khi phối hợp với điều phối viên chăm sóc để điều chỉnh Kế Hoạch Chăm Sóc của mình.

- Có Không

48. Quý vị có muốn Cán Bộ Quản Lý Trường Hợp lên lịch một cuộc họp với Nhóm Chăm Sóc của quý vị không?

Trong cuộc họp này, chúng tôi sẽ thảo luận về Kế Hoạch Chăm Sóc của quý vị với quý vị và Nhóm Chăm Sóc của quý vị để giúp quý vị đạt được các mục tiêu về sức khỏe thể chất và tinh thần của mình.

- Có Không

Quý vị có muốn thêm bất kỳ ai khác vào Nhóm Chăm Sóc của mình như thành viên trong gia đình, bạn bè, người chăm sóc và/hoặc bác sĩ của quý vị không?

Có Không

Nếu Có, quý vị muốn thêm ai?

Tên: _____

Mối quan hệ: _____

Số Điện Thoại: _____

Tên: _____

Mối quan hệ: _____

Số Điện Thoại: _____

49. Trong năm qua (12 tháng), quý vị đánh giá như thế nào về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, theo thang điểm từ 0 đến 10?

0 là tệ nhất có thể và 10 là tốt nhất có thể đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin chi tiết bổ sung nào mà quý vị muốn chúng tôi biết:
