



IMPORMASYON NG MIYEMBRO

Petsa Ngayon: _____

Pangalan ng Miyembro: _____

Numero ng ID ng SCFHP: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

Address: _____

Numero ng Telepono: _____ Email: _____

Pangalan ng Taong Kokompleto sa HRA: _____

Numero ng Telepono: _____

Kaugnayan sa Miyembro: _____

MGA DEMOGRAPIKO NG MIYEMBRO

1. **Kasarian:** Lalaki Babae Transgender na lalaki/lalaking trans/babae-sa-lalaki (female-to-male, FTM) Transgender na babae/babaeng trans/ lalaki-sa-babae (male-to-female, MTF) Genderqueer, hindi eksklusibong lalaki o babae Mas gustong hindi Ibunyag Karagdagang kategorya ng kasarian o iba pa (mangyaring tukuyin): _____

2. **Kasarian na Nakatalaga sa Kapanganakan:** Lalaki Babae Hindi Kilala Mas gustong hindi Ibunyag

3. **Mga Panghalip:** He/Him She/Her They/Them Iba pa (mangyaring tukuyin): _____

4. **Sekswal na Oryentasyon:** Straight o Heterosexual Gay o Lesbian o Homosexual Bisexual Hindi alam Mas gustong hindi Ibunyag Iba pa (mangyaring tukuyin): _____

5. **Katayuan ng Kasal:** Walang Asawa Kasal Hiwalay Diborsiyado Biyuda/Biyudo

6. **Taas:** _____ ft. _____ in. **Timbang:** _____ lbs.

7. **Lahi/Etnisidad:**

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Puti | <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano | <input type="checkbox"/> Asyano |
| <input type="checkbox"/> Hispanic | <input type="checkbox"/> Katutubo ng Alaska o Katutubo ng Amerika | <input type="checkbox"/> Katutubo ng Hawaii o Taga-Isla Pasipiko |
| <input type="checkbox"/> Hindi Kilala | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ | |

8. Pinipiling Wika:

Sinasalita

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Espanyol | <input type="checkbox"/> Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Mandarin | <input type="checkbox"/> Cantonese | <input type="checkbox"/> Farsi |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

Nakasulat

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> Espanyol | <input type="checkbox"/> Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Traditional Chinese | <input type="checkbox"/> Simplified Chinese | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ | | |

9. Gusto mo bang pumili ng isang tao upang maging iyong awtorisadong kinatawan sa Santa Clara Family Health Plan (SCFHP)?

Ang isang awtorisadong kinatawan ay isang tao na maaari mong piliin na magsalita sa ngalan mo sa SCFHP tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan. Maaaring gamitin, tanggapin, o ibunyag ng iyong awtorisadong kinatawan ang iyong Protektadong Impormasyong Pangkalusugan sa SCFHP. Kung Oo, may ipapadala sa iyong Form ng Awtorisadong Kinatawan sa mail upang kompletuhin at ibalik.

- Oo Hindi

10. Mayroon ka bang legal na dokumentong nagbibigay ng pahintulot sa isang tao upang gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo kung hindi mo ito magagawa?

- Mayroon Wala

Kung Oo, mangyaring piliin ang uri ng dokumento na mayroon ka.

Paki-tsek ang lahat ng naaangkop:

- Matibay na Legal na Awtorisasyon Huwag Papagmalaying-tao (Do not resuscitate, DNR)
 Pag-iingat/Conservatorship Paunang Direktiba
 Iba pa: _____

Kung Wala, napag-usapan niyo na ba ang Mga Paunang Direktiba sa iyong Provider ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider , PCP)?

- Oo Hindi

KASAYSAYANG MEDIKAL

11. Pangalan ng PCP: _____

Petsa noong huling tiningnan ng iyong PCP: _____

Mga Doktor na May Espesyalidad (kung naaangkop):

a) Espesyalidad: _____ b) Espesyalidad: _____

Pangalan: _____ Pangalan: _____

Petsa ng Huling Appointment: _____ Petsa ng Huling Appointment: _____

c) Espesyalidad: _____ d) Espesyalidad: _____

Pangalan: _____ Pangalan: _____

Petsa ng Huling Appointment: _____ Petsa ng Huling Appointment: _____

12. Paano mo ilalarawan ang iyong pisikal na kalusugan?

Napakagaling Napakabuti Mabuti Katamtaman Hindi Mabuti

13. Paano mo ilalarawan ang iyong kalusugan ng pag-iisip?

Napakagaling Napakabuti Mabuti Katamtaman Hindi Mabuti

14. Regular ka bang nagpapatingin sa doktor o therapist ukol sa kondisyon ng kalusugan ng pag-iisip?

Oo Hindi

15. Nasuri o nagamot ka na ba sa alinman sa mga kondisyong ito?

Paki-tsek ang lahat ng naaangkop:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rayuma | <input type="checkbox"/> Depresyon | <input type="checkbox"/> Limitadong Paningin |
| <input type="checkbox"/> Hika | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sakit sa Atay |
| <input type="checkbox"/> Kanser | <input type="checkbox"/> Kapansanan sa Paglaki
Mga Halimbawa: Autism,
Cerebral Palsy, Down
Syndrome | <input type="checkbox"/> Mga Problema sa Memorya
Mga Halimbawa: Dementia,
Alzheimer's |
| <input type="checkbox"/> Hindi Gumagaling na
Pananakit | <input type="checkbox"/> Problema sa Pandinig | <input type="checkbox"/> Pag-transplant ng Organ |
| <input type="checkbox"/> COPD (Chronic Obstructive
Pulmonary Disease) | <input type="checkbox"/> Mataas na Kolesterol | <input type="checkbox"/> Schizophrenia/Bipolar
Disorder |
| <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure | <input type="checkbox"/> Nakahahawang Sakit
Mga Halimbawa: Hepatitis,
HIV/AIDS, Tuberkulosis | <input type="checkbox"/> Mga Seizure |
| <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease:
Mga Halimbawa: Mataas na
presyon ng dugo, Atake sa
Puso, Operasyon sa puso,
Pananakit ng dibdib | <input type="checkbox"/> Sakit sa Bato
Mga Halimbawa: End Stage
Renal Disease, Dialysis | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ | | |

16. Ilang iba't ibang gamot ang kasalukuyan mong iniinom?

0 1-5 6-10 11+

17. Naiintindihan mo ba kung paano inumin ang iyong mga gamot?

Oo Hindi

18. Nahihirapan ka bang kumuha o kunin ang iyong mga gamot?

Oo Hindi

19. Gaano nakakasagabal ang sakit sa iyong mga pangkaraniwang gawain?

Hindi Kailanman Kaunnti Lang Katamtaman Malimit Labis

20. Ano ang ginagawa mo sa kasalukuyan upang mapamahalaan ang iyong sakit?

Paki-tsek ang lahat ng naaangkop:

Gamot Pisikal na Therapy Klinika sa Pamamahala ng Sakit
 Wala sa Kasalukuyan Iba pa: _____

IMPORMASYON SA KALUSUGAN

21. Kasalukuyan mo bang ginagamit ang alinman sa mga supply o kagamitang ito?

Paki-tsek ang lahat ng naaangkop:

Monitor ng presyon ng dugo Mga supply para sa kawalan ng kontrol sa pag-ihi o pagdumi Mga supply para sa pagpapakain sa tubo
 C-Pap o Bi-Pap Nebulizer Ventilator
 Baston Mga supply para sa ostomy Walker
 Mga supply sa diabetes Oxygen Wheelchair
 Mga salamin sa mata/Contact Portable na palikuran Mga supply sa pangangalaga ng sugat
 Mga hearing aid Mga prosthetic Wala
 Kama sa Ospital/Hoyer Lift Mga supply sa paghigop
 Iba pa (Pakitukoy): _____

22. Kailangan mo ba ng tulong sa pagkuha ng anumang supply o kagamitan sa oras na ito?

Oo Hindi

Kung Oo, mangyaring tukuyin: _____

23. Kailangan mo ba ng tulong sa pagsagot ng mga papeles o pagsulat?

Oo Hindi

24. Kailangan mo ba ng tulong upang makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa iyong kalusugan?

Oo Hindi

25. Regular ka bang naninigarilyo, gumagamit ng vape pen, o iba pang produkto ng nikotina/tabako?

Oo Hindi

Kung Oo, gusto mo ba ng tulong upang mabawasan ang iyong paggamit ng tabako?

Oo Hindi

26. Pakiramdam mo ba ay umiinom ka ng labis na alak?

Oo Hindi

Kung Oo, gusto mo bang talakayin ang mga paraan upang matulungan kang mabawasan ang pag-inom?

Oo Hindi

27. Gumagamit ka ba ng anumang droga o umiinom ng ka ba ng mga inireresetang gamot sa paraang hindi inireseta sa iyo?

Oo Hindi

Kung Oo, gusto mo bang talakayin ang mga paraan upang matulungan kang mabawasan ang paggamit ng mga droga at/o gamot na ito?

Oo Hindi

28. Nagkaroon ka ba ng anumang pagbabago sa pag-iisip, pag-alala, o paggawa ng mga desisyon?

Oo Hindi

29. Sa karaniwan, gaano kadalas kang nakakaramdam ng pag-iisa?

Halos araw-araw

Minsan

Madalang

Hindi kailanman

30. Sa nakalipas na 30 araw, gaano mo kadalas naramdaman ang sumusunod:

a) Wala gaanong interes o kasiyahan sa paggawa ng mga bagay-bagay

Hindi kailanman

Ilang araw

Mahigit kalahati ng mga araw

Halos araw-araw

b) Malungkot, nalulumbay, o nawawalan ng pag-asa

Hindi kailanman

Ilang araw

Mahigit kalahati ng mga araw

Halos araw-araw

Kung iniisip mong saktan ang iyong sarili o ang iba, mangyaring tawagan ang Linya para sa Pag-iwas sa Pagpapakamatay at Krisis sa 9-8-8.

MGA GAWAIN SA PANG-ARAW-ARAW NA PAMUMUHAY

31. Kailangan mo ba ng tulong sa alinman sa mga pagkilos na ito?

Paki-tsek ang "OO" o "HINDI" para sa bawat item:

	OO	HINDI
a) Pagliligo o pag-shower	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pagkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pagsuot ng damit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Paggamit ng palikuran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pagsisipilyo, pagsuklay, at/o pag-ahit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Paglalakad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Pagbangon sa kama o pagtayo mula sa upuan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Pag-akyat ng hagdan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Paghahanda ng mga pagkain o pagluluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Paggawa ng mga gawain sa bahay o sa bakuran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Paghugas ng mga pinggan o paglalaba ng mga damit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Pamimili at pagkuha ng pagkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Pagkuha ng masasakyan papunta sa doktor o para makita ang iyong mga kaibigan/pamilya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Pagsulat ng mga tseke o pagsubaybay sa pera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Paggamit ng telepono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Paggamit ng computer o internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Pagsubaybay sa mga appointment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Paglabas para bisitahin ang pamilya o mga kaibigan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Paggawa ng anumang iba pang aktibidad: _____		

Kung Oo ang sagot mo sa alinman sa mga pagkilos na nakalista sa itaas, nakukuha mo ba ang lahat ng tulong na kailangan mo?

Oo Hindi

Kung Hindi, mangyaring tukuyin:

32. Mayroon ka bang mga miyembro ng pamilya, kaibigan, at/o tagapag-alaga na handang tumulong sa iyo kapag kailangan mo ito?

Oo Hindi

Kung Oo, sa tingin mo ba ay nahihirapan silang ibigay sa iyo ang lahat ng tulong na kailangan mo?

Oo Hindi

33. Ginagamit mo ba minsan ang telepono at/o internet para sa iyong mga medikal na appointment?

Oo Hindi

34. Nakakatira ka ba nang ligtas at madali ka bang nakakagalaw sa iyong bahay?

Oo Hindi

35. Nahulog ka ba sa nakalipas na anim (6) na buwan?

Oo Hindi

Kung Oo, mangyaring tukuyin kung ilang beses: _____

36. Takot ka bang mahulog?

Oo Hindi

MGA SERBISYO AT SUPORTA

37. Kasalukuyan ka bang gumagamit o tumatanggap ng alinman sa mga mapagkukunang ito sa iyong komunidad?

Paki-tsek ang "OO" o "HINDI" para sa bawat item:

	OO	HINDI
a) Tagapamahala ng Kaso, Social Worker, at/o Tagapagsaayos ng Pangangalaga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pangalan ng Tagapamahala ng Kaso: _____		
Ahensya: _____		
Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan: _____		
b) Mga Serbisyo sa Nasa Hustong Gulang na Nakabase sa Komunidad (Community-Based Adult Services)/Sentrong Pangkalusugan sa Araw para sa Nasa Hustong Gulang (Adult Day Health Center)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sentro ng Komunidad o ng Nakatatanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Programa ng county sa alak o droga para sa outpatient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mga serbisyo sa pamamahala ng kaso sa kalusugan ng pag-iisip sa county	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mga programa sa tulong sa pagkain (Mga Halimbawa: Meals on Wheels, CalFresh, mga bangko ng pagkain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tulong sa pagbabayad ng mga singil sa utilidad/upa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Programa sa pangangalaga sa hospisyo/pangangalagang pampaghinawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kung Oo, ano ang pangalan ng iyong provider o tagapag-alaga?

j) Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip
 Pangalan ng Tagapamahala ng Kaso: _____
 Ahensya: _____
 Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan: _____

k) Social Security
 l) Mga Serbisyo sa Transportasyon
 m) Mga Usapin sa Mga Beterano
 n) Mga Organisasyon Para sa Kabutihan ng Katawan (tulad ng mga klase sa pag-eehersisyo o pamamahala ng sakit)
 o) Iba pang mapagkukunan ng komunidad
 Kung Oo, pakitukoy: _____

38. Interesado ka bang makakuha ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod na mapagkukunan?

(Paki-tsek ang "OO" o "HINDI" para sa bawat item)

	OO	HINDI
a) Ngipin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Paningin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gym/Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Nauubusan ka ba ng pera para bayaran ang alinman sa mga sumusunod?

Paki-tsek ang lahat ng naaangkop:

Pagkain Upa Mga Utilidad Mga Bayarin Gamot

40. Mayroon bang gumagamit ng pera mo nang walang pahintulot mo?

Oo Hindi

41. Natatakot ka ba sa isang taong malapit sa iyo o sinasaktan ka ba ng isang taong malapit sa iyo?

Oo Hindi

Kung Oo, mag-follow up sa iyo ang iyong Tagapamahala ng Kaso.

Ano ang pinakamagandang oras at numero ng telepono sa pakikipag-ugnayan para tawagan ka?

Numero ng Telepono: _____ Petsa/Oras: _____

Kung ikaw ay nasa agarang panganib, mangyaring tumawag sa 9-1-1.

KAAYUSAN SA PAMUMUHAY

42. Sa nakalipas na anim (6) na buwan, nakatira ka ba sa matatag na pabahay?

Oo Hindi

43. Anong uri ng paninirahan ang iyong kasalukuyang tinitirhan?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pasilidad para sa may tulong na pamumuhay | <input type="checkbox"/> Pangmatagalang Pangangalaga | <input type="checkbox"/> Komunidad ng Nakakatanda |
| <input type="checkbox"/> Walang tirahan/Sasakyan/ Sa labas | <input type="checkbox"/> May sariling tirahan | <input type="checkbox"/> Silungan |
| <input type="checkbox"/> Nakatira sa bahay ng kaibigan o kapamilya | <input type="checkbox"/> Inuupahan ang tirahan | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

44. Sino ang kasama mong naninirahan?

Paki-tsek ang lahat ng naaangkop:

- Nabubuhay ako nang mag-isa Kasintahan/ Partner/ Asawa Kaibigan Roommate/s
- Miyembro ng pamilya. Kaugnayan sa miyembro: _____
- Iba pa: _____

45. Ikaw ba ay nababahala o nag-aalala na sa susunod na anim (6) na buwan ay maaaring HINDI ka magkaroon ng matatag na pabahay?

Oo Hindi

Kung Oo, pakitukoy kung bakit:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pinagbantaan sa/Nakatanggap ng Abiso sa Pagpapaalis | <input type="checkbox"/> Hindi abot-kayang pabahay | <input type="checkbox"/> Ang pabahay ay halos hindi sapat para sa aking mga pangangailangan |
|--|--|---|
- Iba pa: _____

KARAGDAGANG IMPORMASYON

46. Ano ang iyong mga pangunahing alalahanin ngayon?

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

47. Gusto mo bang makipagtulungan sa isang Tagapamahala ng Kaso para i-customize ang iyong plano ng pangangalaga?

Ang plano ng pangangalaga ay isang hanay ng mga layuning pangkalusugan na ginawa ng ikaw at iyong mga tagapagsaayos ng pangangalaga upang tulungan kang pamahalaan ang iyong kalusugan at maabot ang iyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan. Maraming miyembro ang nakikinabang sa pakikipagtulungan sa kanilang mga tagapagsaayos ng pangangalaga upang i-customize ang kanilang Plano ng Pangangalaga.

Oo Hindi

48. Gusto mo bang mag-iskedyul ang iyong Tagapamahala ng Kaso ng pulong sa iyong Team sa Pangangalaga?

Sa pulong na ito, tatalakayin namin ang iyong Plano ng Pangangalaga sa iyo at sa iyong Team sa Pangangalaga upang matulungan kang maabot ang iyong mga layunin sa kalusugan at kagalingan.

Oo Hindi

Gusto mo bang isama ang sinuman sa iyong Team sa Pangangalaga, gaya ng mga miyembro ng pamilya, kaibigan, tagapag-alaga, at/o iyong mga doktor?

Oo Hindi

Kung Oo, sino?

Pangalan: _____

Kaugnayan: _____

Numero ng Telepono: _____

Pangalan: _____

Kaugnayan: _____

Numero ng Telepono: _____

49. Sa nakalipas na taon (12 buwan), paano mo ire-rate ang iyong pangangalagang pangkalusugan mula 0 hanggang 10?

0 ang pinakamasama at 10 ang pinakamahasag na pangangalagang pangkalusugan na posible:

Mangyaring magbigay ng anumang karagdagang detalye na gusto mong malaman

namin: _____
