

## 会员信息

今日日期: \_\_\_\_\_

会员姓名: \_\_\_\_\_

SCFHP ID 号: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_ 电子邮件: \_\_\_\_\_

填写 HRA 的人员姓名: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_

与会员的关系: \_\_\_\_\_

## 会员人口统计数据

1. 性别:  男性  女性  跨性别男性/变性男性/女性变男性 (Female-To-Male, FTM)  
 跨性别女性/变性女性/男性变女性 (Male-To-Female, MTF)  性别酷儿, 既非完全男性, 也非完全女性  不愿透露  额外的性别类别或其他 (请说明): \_\_\_\_\_
2. 出生时的性别:  男性  女性  未知  不愿透露
3. 人称代词:  他  她  他们/她们  其他 (请说明): \_\_\_\_\_
4. 性取向:  异性恋  同性恋  
 双性恋  不知道  不愿透露  
 其他 (请说明): \_\_\_\_\_
5. 婚姻状况:  单身  已婚  分居  离异  丧偶
6. 身高: \_\_\_\_\_ 英尺 \_\_\_\_\_ 英寸 体重: \_\_\_\_\_ 磅
7. 种族/族裔:  
 白人  黑人或非裔美国人  亚裔  
 西班牙裔  阿拉斯加原住民或美国原住民  夏威夷土著居民或太平洋岛民  
 未知  其他: \_\_\_\_\_

8. 首选语言:

口语

- 英语                                       西班牙语                                       他加禄语  
 普通话                                       广东话                                       波斯语  
 越南语                                       印地语                                       其他: \_\_\_\_\_

书面语

- 英语                                       西班牙语                                       他加禄语  
 繁体中文                                       简体中文                                       越南语  
 其他: \_\_\_\_\_

9. 您是否希望选择某人作为您在 **Santa Clara Family Health Plan (SCFHP)** 的授权代表?

授权代表是您所选择的代表您与 **SCFHP** 就医疗保健问题进行交谈的人员。您的授权代表可以与 **SCFHP** 一起使用、接收或披露您的受保护健康信息。如勾选“是”，我们将向您寄送授权代表表格，供您填妥后交回。

- 是     否

10. 您是否有准许他人在您无法做出健康护理决定时代您做决定的法律文件?

- 是     否

如勾选“是”，请选择您所持有的文件类型。

请勾选所有适用项:

- 永久委托书     拒绝心肺复苏术 (Do Not Resuscitate, DNR) 同意书  
 监护人/监护人证书     预设医疗指示  
 其他: \_\_\_\_\_

如勾选“否”，您是否曾与初级护理提供者 (**Primary Care Provider, PCP**) 讨论过预设医疗指示?

- 是     否

疾病史

11. PCP 姓名: \_\_\_\_\_

上次看 PCP 的日期: \_\_\_\_\_

专科医生 (如适用):

a) 专科: \_\_\_\_\_                      b) 专科: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_                      姓名: \_\_\_\_\_

上次就诊日期: \_\_\_\_\_                      上次就诊日期: \_\_\_\_\_

c) 专科: \_\_\_\_\_

d) 专科: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

上次就诊日期: \_\_\_\_\_

上次就诊日期: \_\_\_\_\_

**12. 您如何描述自己的身体健康状况?**

极好  很好  不错  一般  较差

**13. 您如何描述自己的心理健康状况?**

极好  很好  不错  一般  较差

**14. 您是否因心理健康问题而定期前去看医生或治疗师?**

是  否

**15. 您是否曾确诊患有或治疗过以下疾病?**

请勾选所有适用项:

关节炎

抑郁症

视力障碍

哮喘

糖尿病

肝病

癌症

发育障碍

记忆问题

示例: 自闭症、大脑性麻痹、唐氏综合症

示例: 痴呆症、阿尔茨海默病

慢性疼痛

听力问题

器官移植

慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)

高胆固醇

精神分裂症/双相障碍

充血性心力衰竭

传染病

癫痫

示例: 肝炎、HIV/AIDS、结核病

冠状动脉疾病:

肾脏疾病

中风

示例: 高血压、心脏病、心脏手术、胸痛

示例: 晚期肾病、透析

其他: \_\_\_\_\_

**16. 您目前正使用多少种不同的药物?**

0 种  1 至 5 种  6 至 10 种  11 种以上

**17. 您是否了解药物的使用方法?**

是  否

**18. 您在获取或领取药物方面是否有任何困难?**

是  否

**19. 疼痛对您的正常活动有多大影响？**

- 没有影响    有点影响    中等影响    很大影响    极大影响

**20. 您目前通过哪些方式管理疼痛？**

请勾选所有适用项：

- 药物                                       物理治疗                                       疼痛管理诊所  
 目前未采取措施                                       其他： \_\_\_\_\_

**健康信息**

**21. 您目前是否正在使用以下用品或设备？**

请勾选所有适用项：

- |   |                                |                                 |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血压监测仪              | <input type="checkbox"/> 尿失禁用品 | <input type="checkbox"/> 管喂食用品  |
| <input type="checkbox"/> C-Pap 或 Bi-Pap 呼吸机 | <input type="checkbox"/> 雾化器   | <input type="checkbox"/> 呼吸机    |
| <input type="checkbox"/> 手杖                 | <input type="checkbox"/> 造口用品  | <input type="checkbox"/> 助行器    |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病用品              | <input type="checkbox"/> 氧气    | <input type="checkbox"/> 轮椅     |
| <input type="checkbox"/> 眼镜/隐形眼镜            | <input type="checkbox"/> 便携马桶  | <input type="checkbox"/> 伤口护理用品 |
| <input type="checkbox"/> 助听器                | <input type="checkbox"/> 假肢    | <input type="checkbox"/> 无      |
| <input type="checkbox"/> 病床/霍耶升降机           | <input type="checkbox"/> 抽吸用品  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 其他（请说明）： _____     |                                |                                 |

**22. 您目前是否需要协助获取任何用品或设备？**

- 是    否

如勾选“是”，请说明： \_\_\_\_\_

**23. 您是否需要协助填写文件或书面材料？**

- 是    否

**24. 您是否需要协助与医生谈论您的健康状况？**

- 是    否

**25. 您是否经常吸烟、使用笔式电子烟或其他尼古丁/烟草产品？**

- 是    否

如勾选“是”，您是否需要协助以减少烟草使用量？

- 是    否

**26. 您是否认为自己饮酒过度？**

- 是    否

如勾选“是”，您是否想讨论帮助您减少饮酒量的方法？

是  否

**27. 您是否在以非处方指示的方式使用任何药物或处方药？**

是  否

如勾选“是”，您是否想讨论帮助您减少使用此类药物和/或处方药的方法？

是  否

**28. 您的思考、记忆或决策方面是否有过任何变化？**

是  否

**29. 平均而言，您感觉孤独的频率如何？**

几乎每天都会

有时

很少

从未

**30. 过去 30 天内，您出现以下情况的频率如何：**

**a) 做事没兴趣或不开心**

根本不会

有几天

超过一半的时间

几乎每一天

**b) 感觉失落、沮丧或无望**

根本不会

有几天

超过一半的时间

几乎每一天

**如果您有伤害自己或他人的想法，请致电自杀预防和危机热线 9-8-8。**

## 日常活动

### 31. 您是否需要协助从事下列任何一项活动？

请为各项勾选“是”或“否”：

	是	否
a) 洗澡或淋浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 用餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 如厕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 刷牙、梳头和/或剃须	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 行走	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) 下床或起身	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 上楼梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 备餐或烹饪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) 做家务或整理庭院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) 洗碗或洗衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) 购物和取餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) 乘车去看病或看望朋友/家人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) 开立支票或查看财务状况	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) 使用电话	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) 使用电脑或互联网	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) 记录预约	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) 出门拜访家人或朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) 从事其他任何活动： _____		

如对上述任何一项活动勾选“是”，您是否已获得所需的全部帮助？

是  否

如勾选“否”，请说明：  
\_\_\_\_\_

### 32. 是否有家庭成员、朋友和/或看护人员愿意且能够在您需要时提供帮助？

是  否

如勾选“是”，您认为他们是否曾经很难为您提供所需的各种帮助？

是  否

33. 您是否有时会通过电话和/或互联网方式进行医疗约诊?

是  否

34. 您是否能在家中安全地生活以及轻松地走动?

是  否

35. 最近六 (6) 个月内, 您是否曾跌倒过?

是  否

如勾选“是”, 请说明跌倒次数: \_\_\_\_\_

36. 您是否害怕跌倒?

是  否

服务和支持

37. 您目前是否在社区使用或获得以下资源?

(请为各项勾选“是”或“否”)

是 否

a) 个案管理员、社工和/或护理协调员

个案管理员姓名: \_\_\_\_\_

机构: \_\_\_\_\_

联系信息: \_\_\_\_\_

b) 社区成人服务/成人日间健康中心

c) 社区或老年中心

d) 郡酒精或药物门诊计划

e) 郡心理健康个案管理服务

f) 食物援助计划 (示例: 送餐服务、CalFresh、食物银行)

g) 帮助支付水电气费/租金

h) 临终关怀/姑息治疗护理计划

i) 居家照顾服务 (In-Home Supportive Services, IHSS)

如勾选“是”, 您的提供者或看护人员名称/姓名?

j) 心理健康服务

个案管理员姓名: \_\_\_\_\_

机构: \_\_\_\_\_

联系信息: \_\_\_\_\_

- |                      |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| k) 社安金               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) 交通服务              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) 退伍军人事务部           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) 健康组织（例如运动或疾病管理课程） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) 其他社区资源            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

如勾选“是”，请说明：

**38. 您是否有兴趣获取下列资源相关信息？**

（请为各项勾选“是”或“否”）

- |       | 是                        | 否                        |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| a) 牙科 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 视力 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 健身 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**39. 您是否缺钱支付以下任何项目的费用？**

请勾选所有适用项：

- 食物  租房  公用事业  账单  药物

**40. 是否有人在未经您许可的情况下用您的钱？**

- 是  否

**41. 您是否对身边亲近之人感到害怕，或者担心身边亲近之人伤害您？**

- 是  否

如勾选“是”，您的个案管理员将跟进您的个案。

**联系您的最佳时间和电话号码？**

电话号码：\_\_\_\_\_ 日期/时间：\_\_\_\_\_

**如面临紧急危险，请致电 9-1-1。**

**生活安排**

**42. 过去六 (6) 个月内，您的住房是否稳定？**

- 是  否

**43. 您目前居住在何种类型的住所内？**

- 辅助生活设施                       长期护理疗养院                       老年社区  
 无家可归/汽车内/户外               自己的住所                               收容所  
 住在朋友或家庭成员的家里       租赁的住所                               其他： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**44. 您与谁同住？**

请勾选所有适用项：

- 独居     重要的他人/同居伴侣/配偶     朋友     室友  
 家庭成员。与会员的关系： \_\_\_\_\_  
 其他： \_\_\_\_\_

**45. 您是否担心或忧虑未来六 (6) 个月内可能没有稳定的住房？**

- 是     否

如勾选“是”，请说明原因：

- 被威胁要发出/收到驱逐通知     无力支付住房费用     住房只能勉强满足我的需求  
 其他： \_\_\_\_\_

**其他信息**

**46. 您目前最关心的问题是什么？**

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

**47. 您是否愿意与个案管理员合作定制个人护理计划？**

护理计划是由您和您的护理协调员设立的一组健康目标，其目的是帮助您管理自己的健康状况，并实现您的健康护理目标。许多会员都认为，与护理协员合作定制个人护理计划会很有用。

- 是     否

**48. 您是否希望您的个案管理员安排与您的护理团队会面？**

在本次会议中，我们将与您和您的护理团队讨论您的护理计划，以帮助您实现个人的健康和保健目标。

- 是     否

您是否想要将其他任何人纳入您的护理团队，例如家庭成员、朋友、看护人员和/或您的医生？

- 是     否

如勾选“是”，请说明具体人员。

姓名： \_\_\_\_\_

关系： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_

关系： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

**49. 请使用数字 0 至 10，对您过去一年（12 个月）接受的健康护理进行评分？**

0 表示健康护理服务品质最差，10 表示最佳： \_\_\_\_\_

请提供您希望我们了解的其他任何信息： \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---