



**Alameda Alliance for Health**

1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502

Numero ng Telepono: **1.510.747.4567**

Toll-Free: **1.877.932.2738**

Mga taong may mga problema sa pandinig at pagsasalita (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

[www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org)

## Form ng Impormasyon sa Kalusugan

Natanggap mo ang form na ito dahil isa kang bagong naka-enroll sa Medi-Cal sa Alameda Alliance for Health (Alliance). Gagamitin namin ang form na ito para mas maunawaan ang inyong mga pangangailangan sa kalusugan.

Pakipunan ang bilog gamit ang itim o asul na tinta ng pen para sa mga sagot na pinakaangkop sa iyo. Kumumpleto ng isang form kada tao sa inyong pamilya na bagong miyembro ng Alliance.

Kung mayroon kang mga tanong, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alliance sa **1.510.747.4567**, nang libre sa **1.877.932.2738**, mga taong may kapansanan sa pandinig at pagsasalita (CRS/TTY) **711/1.800.735.2929**.

**Pakibalik ang kumpletong form sa :**

Alameda Alliance for Health  
Attn: Medical Management HIF/MET  
1240 S. Loop Road  
Alameda, CA 94501

**May kalakip na bayad ang postage na sobre.**

**Boluntaryo ang pagsagot sa form na ito. Hindi kayo tatanggihan sa pangangalaga batay sa iyong mga kumpidensyal na sagot.**

<b>Pangalan Miyembro:</b>	<b>Petsa ng Kapanganakan:</b> ____ / ____ / ____	<b>Alliance ID#:</b>
<b>Address ng Miyembro:</b>		
1. Kailangan ba ninyong magpatingin sa doktor sa loob ng susunod na 60 araw?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
2. Umiinom ba kayo ng tatlo (3) o higit pang inireresetang gamot kada araw?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
3. Regular ba kayong nagpapatingin sa doktor para sa kundisyon sa kalusugan ng isip gaya ng depresyon, bipolar disorder, o schizophrenia?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi

**CONFIDENTIAL**

4. Isinugod ka na ba sa emergency room nang dalawa (2) o higit pang beses sa nakalipas na 12 buwan?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
5. Naospital ka na ba sa nakalipas na 12 buwan?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
6. Nangailangan ka ba ng tulong sa personal na pangangalaga, gaya ng paliligo, pagbibihis, o pagpapalit ng bandage sa nakalipas na anim (6) na buwan?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
7. Gumagamit ba kayo ng mga medikal na kagamitan o supply, gaya ng kama ng ospital, wheelchair, walker, oxygen, o mga ostomy bag?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
8. Mayroon ba kayong kundisyon na naglilimita sa inyong mga aktibidad o sa kung ano ang maaari ninyong gawin?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
9. Buntis ba kayo?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
9a. <b>Kung oo</b> , kasalukuyan ka bang nagpapatingin sa isang doktor patungkol sa pagbubuntis na ito?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
10. Regular ka bang nagpapatingin sa doktor para sa matagal nang medikal na kundisyon?	<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi
10a. <b>Kung oo</b> , punan ang lahat ng nalalapat:		
<input type="radio"/> a. Hika	<input type="radio"/> b. Cancer	<input type="radio"/> c. Cystic Fibrosis
<input type="radio"/> d. Diyabetis	<input type="radio"/> e. Mga Problema sa Puso	<input type="radio"/> f. Hepatitis
<input type="radio"/> g. Mataas na Presyon ng Dugo	<input type="radio"/> h. HIV o AIDS	<input type="radio"/> i. Sakit sa Bato
<input type="radio"/> j. Mga Seizure	<input type="radio"/> k. Sickle Cell Anemia	<input type="radio"/> l. Tuberculosis
<input type="radio"/> m. Iba pa: _____		

Kung sa iting ninyo ay kailangan ninyong magpatingin sa isang doktor, dapat kayong magpatingin sa doktor o ospital sa panahong iyon.

Lagda: \_\_\_\_\_

Petsa ng paglagda: \_\_\_\_\_

Kung hindi nilagdaan ng miyembro, tukuyin ang ugnayan (magulang, tagapangalaga, iba pa):

\_\_\_\_\_

**CONFIDENTIAL**