



Bản Thăm Dò Sức Khỏe

Phần 1: Thông Tin Hội Viên

Họ: _____ Tên: _____

Ngày Sinh (NGÀY/THÁNG/NĂM): _____

Số ID Hội Viên Alliance: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Số Điện Thoại: _____ ☐ Số Điện Thoại Di Động ☐ Số Điện Thoại Nhà

Phần 2: Thăm Dò Sức Khỏe

Vui lòng trả lời những câu hỏi dưới đây theo khả năng tốt nhất của quý vị.

1. Ai đang hoàn thành bản đánh giá này?

- ☐ Hội viên
☐ Tổ chức dựa trên cộng đồng
☐ Người Đại Diện Được Ủy Quyền (Authorized Representative, AOR)
☐ Khác (ghi rõ): _____

1a. Nếu quý vị đang điền bản thăm dò này cho một hội viên, mối quan hệ giữa quý vị và hội viên đó là gì?

- | | |
|--|--|
| ☐ Người Chăm Sóc/Người Giúp Đỡ | ☐ Người Giám Hộ |
| ☐ Người Quản Lý Tài Sản Theo Pháp Luật/Ủy Quyền Kéo Dài (Durable Power of Attorney, DPOA) | ☐ Thông Dịch Viên |
| ☐ Thành Viên Gia Đình | ☐ Luật Sư |
| ☐ Bạn Bè | ☐ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế |
| | ☐ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Xã Hội |
| | ☐ Khác (ghi rõ): _____ |

2. Quý vị ưu tiên dùng ngôn ngữ **nói** là:

- | | |
|--|---|
| ☐ Tiếng Anh | ☐ Tiếng Việt |
| ☐ Tiếng Tây Ban Nha | ☐ Tiếng Farsi |
| ☐ Tiếng Quảng Đông | ☐ Tagalog |
| ☐ Tiếng Quan Thoại | ☐ Khác (ghi rõ): _____ |

BẢO MẬT

3. Quý vị ưu tiên dùng ngôn ngữ **viết** là:

☐ Tiếng Anh

☐ Tiếng Farsi

☐ Tiếng Tây Ban Nha

☐ Tagalog

☐ Tiếng Trung

☐ Khác (ghi rõ): _____

☐ Tiếng Việt

4. Khi ở nhà, quý vị có nói ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh không?

☐ Có

☐ Không

☐ Không có câu trả lời

4a. Nếu quý vị đã trả lời **Có** cho câu hỏi trước, vui lòng ghi rõ:

5. Chủng tộc/dân tộc của quý vị là gì (chọn tất cả những câu phù hợp)?

☐ Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska

☐ Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác

☐ Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi

☐ Người Châu Á Khác

☐ Người Trung Quốc

☐ Người Việt

☐ Người Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

☐ Người Da Trắng

☐ Người Trung Đông hoặc Bắc Phi

☐ Khác (ghi rõ): _____

6. Xu hướng tính dục của quý vị là gì?

☐ Song tính

☐ Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam

☐ Dị tính (thẳng)

☐ Không chắc chắn

☐ Không muốn trả lời

☐ Xu hướng tính dục không được liệt kê (ghi rõ): _____

7. Giới tính được chỉ định khi sinh của quý vị là gì?

☐ Nữ

☐ Nam

☐ Không chắc chắn

☐ Không muốn trả lời

☐ Giới tính không được liệt kê (ghi rõ): _____

8. Quý vị dùng đại tự nhân xưng gì?

- ☐ Anh ấy/của anh ấy
- ☐ Cô ấy/của cô ấy
- ☐ Họ/của họ
- ☐ Không muốn trả lời
- ☐ Khác (ghi rõ): _____

9. Quý vị sống ở đâu (chọn tất cả những câu phù hợp):

- | | |
|---|---|
| ☐ Cơ sở hỗ trợ đời sống | ☐ Cơ sở điều dưỡng chuyên môn |
| ☐ Cơ sở chăm sóc và nội trú | ☐ Ở với bạn bè/gia đình |
| ☐ Nhà tập thể | ☐ Chỗ ở tạm thời (ví dụ: cơ sở chăm sóc phục hồi chức năng) |
| ☐ Vô gia cư | ☐ Chỗ ở tạm thời – Không kiên cố (ví dụ: lều) |
| ☐ Hôm nay tôi có chỗ để sống, nhưng tôi lo rằng trong tương lai tôi sẽ mất chỗ ở | ☐ Chỗ ở tạm thời – Phương tiện giao thông (ví dụ: xe hơi, xe tải, xe RV) |
| ☐ Tôi có chỗ ở ổn định | ☐ Không muốn trả lời |
| ☐ Nhà riêng | ☐ Khác (ghi rõ): _____ |
| ☐ Nhà thuê | |
| ☐ Nhà tạm trú | |

10. Hãy nghĩ về nơi mà quý vị đang sống. Quý vị có gặp phải vấn đề gì ở bất kỳ khía cạnh nào dưới đây không (chọn tất cả những câu phù hợp):

- | | |
|---|--|
| ☐ Sử dụng nhà vệ sinh khép kín | ☐ Tay vịn an toàn đạt chuẩn trong khu vực tắm/bồn tắm |
| ☐ Làm mát/dùng điều hòa nhiệt độ | ☐ Thanh vịn cho cầu thang hoặc bờ dốc |
| ☐ Thiết bị nhà bếp không hoạt động (ví dụ: tủ lạnh, lò nướng, bếp, lò vi sóng) | ☐ Thiếu thiết bị báo khói hoặc thiết bị không hoạt động |
| ☐ Thiếu hệ thống sưởi ấm | ☐ Rò rỉ nước |
| ☐ Thiếu nước nóng | ☐ Không có điều nào nêu trên |
| ☐ Sơn chứa chì hoặc ống nước làm bằng chì | ☐ Khác (ghi rõ): _____ |
| ☐ Nấm mốc | |
| ☐ Động vật và côn trùng gây hại (ví dụ: bọ/gián, kiến, chuột) | |

10a. Nếu gặp phải các vấn đề như trên, quý vị có muốn được trợ giúp để xử lý vấn đề không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không có câu trả lời

11. Nói chung, quý vị mô tả sức khỏe của mình như thế nào?

- ☐ Xuất sắc
- ☐ Tốt
- ☐ Khá tốt
- ☐ Kém
- ☐ Không muốn trả lời

12. Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) là bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ/điều dưỡng hành nghề mà quý vị gặp để thăm khám và khi có lo ngại về sức khỏe. Khi có vấn đề về sức khỏe, quý vị gọi cho ai đầu tiên?

- ☐ 911
- ☐ Nhà cung cấp/phòng khám
- ☐ Không có ai
- ☐ Không muốn trả lời

13. Quý vị có gặp khó khăn khi tìm cách đến khám với nhà cung cấp/phòng khám hoặc bác sĩ chuyên khoa của mình không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

13a. Nếu quý vị đã trả lời **Có** cho câu hỏi trước, vui lòng ghi rõ:

14. Quý vị có mang thai không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không chắc chắn
- ☐ Không muốn trả lời
- ☐ Không có câu trả lời

14a. Nếu đang mang thai, hiện quý vị có đang khám với một bác sĩ/nhà cung cấp/điều dưỡng hành nghề cho lần mang thai này không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không có câu trả lời

15. Quý vị có đến Phòng Cấp Cứu (Emergency Room, ER) từ hai (2) lần trở lên trong vòng 12 tháng qua không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

16. Quý vị có được cho nhập viện trong 12 tháng qua không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

17. Quý vị có từng ở tại một Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (Skilled Nursing Facility, SNF) trong 12 tháng qua không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

18. Quý vị có thường xuyên đến khám với bác sĩ/nhà cung cấp/điều dưỡng hành nghề để điều trị một tình trạng mãn tính không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

18a. Nếu quý vị đã trả lời **Có** cho câu hỏi trước, vui lòng chọn tất cả những câu phù hợp:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Bệnh suyễn | ☐ Trầm cảm/lo âu | ☐ Suy giảm nhận thức nhẹ |
| ☐ Rối Loạn Tăng Động/Giảm Chú Ý (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) | ☐ Khuyết tật phát triển (tự kỷ, bại não, hội chứng Down) | ☐ Bệnh Parkinson |
| ☐ Rối loạn lưỡng cực | ☐ Bệnh tiểu đường | ☐ Rối loạn tâm thần |
| ☐ Bệnh ung thư | ☐ Rối loạn ăn uống (ví dụ: chán ăn, ăn vô độ) | ☐ Bệnh động kinh |
| ☐ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) | ☐ Các vấn đề về tim | ☐ Bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm |
| ☐ Bệnh xơ nang | ☐ Bệnh viêm gan siêu vi | ☐ Rối loạn do sử dụng chất kích thích |
| ☐ Bệnh mất trí nhớ hoặc Alzheimer | ☐ Huyết áp cao | ☐ Rối loạn suy nghĩ |
| | ☐ HIV hoặc AIDS | ☐ Bệnh lao |
| | ☐ Bệnh thận | ☐ Khác (ghi rõ): _____ |
| | ☐ Đa xơ cứng (Multiple sclerosis, MS) | |

18b. Nếu đã trả lời **Có** cho câu hỏi ở trên, quý vị có đang nhận được tất cả sự giúp đỡ cần thiết không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

19. Quý vị có được xét nghiệm các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục trong năm qua không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

19a. Nếu đã trả lời **Có** cho câu hỏi ở trên, quý vị có bất kỳ mối lo ngại nào về kết quả xét nghiệm của mình không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

20. Lần gần đây nhất quý vị đi khám nha khoa là khi nào?

- ☐ Trong vòng sáu (6) tháng qua
☐ 6-12 tháng trước
☐ Một (1) – hai (2) năm trước
☐ Hơn hai (2) năm trước
☐ Không bao giờ
☐ Không muốn trả lời

21. Quý vị có dùng từ ba (3) loại thuốc theo toa trở lên mỗi ngày không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

22. Vui lòng cho chúng tôi biết tên các loại thuốc, vitamin hoặc thực phẩm bổ sung mà quý vị đang dùng vào thời điểm này (nếu có):

Tên Thuốc	Liều Lượng (Bao Nhiêu)	Mức Độ Thường Xuyên Dùng

23. Quý vị có cần được trợ giúp để đi lấy thuốc của mình không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

24. Quý vị có cần được trợ giúp để dùng thuốc không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

25. Trong tháng (30 ngày) qua, có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy cô đơn?

- ☐ Không có – Tôi chưa bao giờ cảm thấy cô đơn
- ☐ Chưa đến năm (5) ngày
- ☐ Hơn một nửa số ngày (hơn 15 ngày)
- ☐ Hầu hết các ngày – Tôi lúc nào cũng cảm thấy cô đơn
- ☐ Không muốn trả lời

26. Trong hai (2) tuần qua, có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy không có hứng hoặc không thích thú khi làm một việc gì đó?

- ☐ Không hề
- ☐ Một số ngày
- ☐ Hơn một nửa số ngày
- ☐ Gần như mỗi ngày
- ☐ Không muốn trả lời

27. Quý vị có từng có những thay đổi trong suy nghĩ, ghi nhớ hay đưa ra quyết định không?

- ☐ Có
- ☐ Đôi lúc
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

28. Trong 12 tháng qua, quý vị có uống hoặc sử dụng đồ uống có cồn hoặc chất kích thích nhiều hơn ý định ban đầu không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

29. Quý vị có bao giờ muốn hoặc cần cắt giảm việc uống rượu hoặc sử dụng chất kích thích không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

29a. Quý vị có cảm thấy mình có vấn đề với việc hút thuốc lá không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

29b. Nếu quý vị sử dụng thuốc lá hay hút thuốc, quý vị có sẵn sàng thử bỏ thuốc trong tháng tới không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không có câu trả lời

30. Quý vị có đang sử dụng bất kỳ thiết bị y tế hoặc vật tư y tế nào sau đây không (chọn tất cả những câu phù hợp)?

- | | |
|---|---|
| ☐ Máy Thở Áp Lực Dương Liên Tục
(Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) | ☐ Xe Lăn |
| ☐ Giường Bệnh Viện | ☐ Xe Tập Đi |
| ☐ Túi Hệu Môn Nhân Tạo | ☐ Không có |
| ☐ Khí Oxy | ☐ Không muốn trả lời |
| ☐ Xe Điện | ☐ Khác (ghi rõ): _____ |

31. Quý vị có cần thiết bị hỗ trợ mà hiện nay quý vị không có không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

31a. Nếu quý vị đã trả lời **Có** cho câu hỏi trước, vui lòng ghi rõ:

32. Quý vị có cần được trợ giúp với bất cứ hoạt động nào sau đây không?

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Tắm rửa..... | ☐ Có | ☐ Không |
| b. Đi lên cầu thang | ☐ Có | ☐ Không |
| c. Ăn uống..... | ☐ Có | ☐ Không |
| d. Mặc quần áo | ☐ Có | ☐ Không |
| e. Chải răng hoặc chải tóc, hay cạo râu | ☐ Có | ☐ Không |

- f. Chuẩn bị bữa ăn hay nấu ăn..... ☐ Có ☐ Không
- g. Ra khỏi giường hoặc ghế..... ☐ Có ☐ Không
- h. Đi mua sắm và mua thực phẩm ☐ Có ☐ Không
- i. Đi vệ sinh..... ☐ Có ☐ Không
- j. Đi bộ..... ☐ Có ☐ Không
- k. Rửa chén bát hay giặt quần áo..... ☐ Có ☐ Không
- l. Viết chi phiếu hay theo dõi tiền bạc..... ☐ Có ☐ Không
- m. Tìm phương tiện chuyên chở đến bác sĩ hay gặp bạn bè ☐ Có ☐ Không
- n. Làm việc nhà hay làm vườn..... ☐ Có ☐ Không
- o. Đi ra ngoài thăm gia đình hay bạn bè..... ☐ Có ☐ Không
- p. Dùng điện thoại..... ☐ Có ☐ Không
- q. Theo dõi các cuộc hẹn..... ☐ Có ☐ Không
- r. Nếu **Có**, quý vị có nhận được mọi sự trợ giúp cần thiết cho những hoạt động này không? ☐ Có ☐ Không
- s. Nếu quý vị được trợ giúp về bất cứ công việc nào được liệt kê ở trên, ai là người giúp đỡ quý vị? ☐ Không có câu trả lời

Tên của Người Giúp Đỡ: _____

t. Mối quan hệ của quý vị với người giúp đỡ là gì? _____

u. Chúng tôi có thể liên lạc với người giúp đỡ quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Số Điện Thoại của Người Giúp Đỡ: _____

33. Quý vị có bao giờ cho rằng người chăm sóc của mình gặp khó khăn trong việc trợ giúp mọi nhu cầu của quý vị không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

34. Có một người thân hay người bạn giúp quý vị đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị không hoặc ai tham gia vào kế hoạch chăm sóc cho quý vị?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

34a. Nếu quý vị trả lời **Có** cho câu hỏi trên, vui lòng cho biết tên và mối quan hệ của người đó với quý vị.

Tên: _____

Mối quan hệ: _____

35. Tính tới ngày hôm nay, quý vị có nhận được bất kỳ dịch vụ nào sau đây không (chọn tất cả những câu phù hợp):

- | | |
|--|---|
| ☐ Dịch vụ chăm sóc ban ngày dành cho người trưởng thành | ☐ Trợ giúp pháp lý |
| ☐ Quản lý ca bệnh (giúp sắp xếp các dịch vụ y tế) | ☐ Quản lý thuốc |
| ☐ Dịch vụ làm việc nhà (ví dụ: công việc làm vườn, bảo trì) | ☐ Dịch vụ chăm sóc cá nhân (giúp đỡ ăn uống, mặc quần áo, tắm rửa, v.v.) |
| ☐ Bữa ăn cộng đồng | ☐ Dịch vụ đưa đón |
| ☐ Bữa ăn giao tại nhà | ☐ Không có điều nào nêu trên |
| ☐ Chăm sóc nhà cửa/dọn nhà | ☐ Không muốn trả lời |
| ☐ Thông tin và trợ giúp | ☐ Khác (ghi rõ): _____ |

36. Quý vị có người nhà hay người khác sẵn lòng và có khả năng giúp đỡ khi cần không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

37. Quý vị có cần được trợ giúp về thực phẩm không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

38. Quý vị có cần được trợ giúp về phương tiện vận chuyển không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

39. Quý vị có cần được trợ giúp về hoá đơn tiền sưởi hoặc tiền nước không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

40. Quý vị có thể sống an toàn và đi lại dễ dàng trong nhà quý vị không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

40. Nếu **không**, nơi quý vị sống có:

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Hệ thống đèn tốt..... | ☐ Có | ☐ Không |
| b. Hệ thống sưởi ấm tốt..... | ☐ Có | ☐ Không |
| c. Hệ thống làm mát tốt..... | ☐ Có | ☐ Không |
| d. Thanh vịn cho cầu thang hoặc bờ dốc..... | ☐ Có | ☐ Không |
| e. Nước nóng | ☐ Có | ☐ Không |
| f. Phòng vệ sinh trong nhà | ☐ Có | ☐ Không |
| g. Một cánh cửa ra ngoài có ổ khóa | ☐ Có | ☐ Không |
| h. Cầu thang để vào nhà hay cầu thang trong nhà..... | ☐ Có | ☐ Không |
| i. Thang máy..... | ☐ Có | ☐ Không |
| j. Không gian để dùng xe lăn | ☐ Có | ☐ Không |
| k. Lối thông thoáng để ra khỏi nhà | ☐ Có | ☐ Không |
| l. Thiết bị báo khói hoặc dập lửa có hoạt động không?..... | ☐ Có | ☐ Không |

41. Quý vị có bị té ngã trong tháng qua không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

42. Quý vị có sợ bị té ngã không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

43. Quý vị có cần được trợ giúp để điền các mẫu đơn sức khỏe không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

44. Quý vị có cần được trợ giúp để trả lời những câu hỏi trong một lần khám với bác sĩ không?

- ☐ Có
☐ Không
☐ Không muốn trả lời

45. Quý vị có sợ người nào hay có người nào đang làm tổn thương quý vị không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

46. Có người nào đang sử dụng tiền của quý vị mà không có sự đồng ý của quý vị không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

47. Có khi nào quý vị không còn tiền để trả cho thực phẩm, tiền thuê nhà, hóa đơn và thuốc không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

48. Quý vị có muốn nhận thêm thông tin về bất kỳ nguồn lực hoặc sự trợ giúp nào nữa không?

- ☐ Có
- ☐ Không
- ☐ Không muốn trả lời

48a. Nếu quý vị đã trả lời **Có** cho câu hỏi trước, vui lòng giải thích:

Câu Hỏi dành cho Người Chăm Sóc

Những câu hỏi sau đây dành cho quý vị là người chăm sóc, đề cập tới các khía cạnh liên quan tới quá trình chăm sóc. Những mục dưới đây liên quan tới cảm xúc và hành vi của người chăm sóc do việc chăm sóc gây ra. Không có câu trả lời đúng hay sai.

1. Trong bốn (4) tuần qua, do công việc giúp đỡ người cần được chăm sóc, quý vị đã:

a. Không chắc chắn rằng hội viên này đang nhận được dịch vụ chăm sóc hợp lý?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

b. Không chắc chắn về cách tốt nhất để chăm sóc cho hội viên này?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

c. Thấy rằng mình nên giúp đỡ hội viên này nhiều hơn nữa?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

d. Thấy rằng mình có thể chăm sóc hội viên này tốt hơn nữa?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

2. Trong bốn (4) tuần qua, do công việc giúp đỡ người cần được chăm sóc, quý vị đã:

a. Thấy rằng hội viên này đang cố thao túng quý vị?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

b. Thấy rằng mối quan hệ với hội viên này rất căng thẳng?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

c. Thấy rằng hội viên này đưa ra những yêu cầu vượt quá những gì họ cần?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

d. Thấy rằng quý vị có sự ấm ức đối với hội viên này?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

e. Thấy rằng quý vị có sự giận dữ đối với hội viên này?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

3. Trong bốn (4) tuần qua, do công việc giúp đỡ người cần được chăm sóc, quý vị đã:

a. Thấy sức khỏe thể chất của mình tệ hơn trước?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

b. Thấy mình chán chường, ủ rũ hoặc buồn bã thường xuyên hơn?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

c. Thấy mình bồn chồn hoặc căng thẳng hơn trước?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

d. Thấy mình có ít sức sống hoặc ít năng lượng hơn?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

e. Thấy mình bị khó chịu nhiều hơn với những cơn đau và nhức?

- ☐ Hoàn toàn đồng ý
- ☐ Đồng ý
- ☐ Không đồng ý
- ☐ Hoàn toàn không đồng ý

4. Trong bốn (4) tuần qua, do công việc giúp đỡ người cần được chăm sóc, quý vị đã:

a. Đến nhà thờ hoặc tham gia các hoạt động tôn giáo?

- ☐ Ít thường xuyên hơn
- ☐ Vẫn thường xuyên như vậy
- ☐ Thường xuyên hơn

- b. Ghé thăm bạn bè hoặc gia đình?
- ☐ Ít thường xuyên hơn
- ☐ Vẫn thường xuyên như vậy
- ☐ Thường xuyên hơn
- c. Tham gia các hoạt động có tổ chức hoặc theo nhóm?
- ☐ Ít thường xuyên hơn
- ☐ Vẫn thường xuyên như vậy
- ☐ Thường xuyên hơn
- d. Tham gia các hoạt động tình nguyện?
- ☐ Ít thường xuyên hơn
- ☐ Vẫn thường xuyên như vậy
- ☐ Thường xuyên hơn
- e. Đi ăn ở ngoài, ra rạp hoặc xem biểu diễn?
- ☐ Ít thường xuyên hơn
- ☐ Vẫn thường xuyên như vậy
- ☐ Thường xuyên hơn

Bản Thăm Dò Sức Khỏe này đã hoàn tất. Chân thành cảm ơn quý vị!

Vui lòng nộp bản thăm dò đã hoàn tất đến:

Attn: Case and Disease Management Department
Alameda Alliance for Health
1240 S. Loop Road
Alameda, CA 94501

Nếu quý vị là hội viên của **Alliance Medi-Cal** và có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi:

Ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance
Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều
Số Điện Thoại: **1.510.747.4567**
Số Điện Thoại Miễn Phí: **1.877.932.4567**
Nếu quý vị không nghe thể nghe hoặc nói rõ (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

Nếu quý vị là hội viên của **Alameda Alliance Wellness** và có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi:

Ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness
Thứ Hai – Chủ Nhật (bảy (7) ngày trong tuần), 8 giờ sáng – 8 giờ tối
Số Điện Thoại Miễn Phí: **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**
Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ, vui lòng sử dụng TTY hoặc gọi **1.800.735.2929**

BẢO MẬT