



Alameda Alliance for Health

فرم اطلاعات سلامت

ما برای کمک به شما در مدیریت سلامتی‌تان اینجا هستیم.

نام عضو: [Member First Name] [Member Last Name]

تاریخ تولد (Date of Birth, DOB) عضو: [Member DOB]

شماره عضویت Alliance، شماره شناسایی مشتری (Client Index Number, CIN) در Medi-Cal، یا چهار (4) رقم آخر

شماره تامین اجتماعی (Social Security Number, SSN): [Member ID]

نشانی عضو: [Address 1]

[Address 2]

[City], [State] [Zip]

از حسن انتخاب شما برای استفاده از خدمات Alameda Alliance for Health (Alliance) سپاسگزاریم. شریک شما در مسیر سلامتی‌تان هستیم.

با توجه به اینکه اخیراً در Medi-Cal ثبت‌نام کرده‌اید، این فرم خدمت شما ارسال شده است. از این فرم برای درک بهتر نیازهای سلامت شما استفاده می‌کنیم.

راهنما:

1. لطفاً این فرم را برای عضو Alliance نامبرده در بالا تکمیل کنید.
2. برای تمام سؤالات، لطفاً پاسخ(هایی) را انتخاب کنید که به بهترین نحو بیانگر وضعیت شماست.
3. لطفاً فرم تکمیل‌شده را در پاکت نامه‌ای که هزینه آن از قبل پرداخت شده است قرار دهید و آن را به این نشانی ارسال کنید:

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

برای بازگرداندن فرم تکمیل‌شده، می‌توانید آن را از طریق ایمیل ایمن به نشانی deptCMDM@alamedaalliance.org برای Alliance ارسال کنید.

در صورت نیاز به نسخه‌های بیشتر از این فرم برای سایر اعضای خانواده، لطفاً به بخش «Welcome Medi-Cal Member Materials» (مطالب خوش‌آمدگویی مختص اعضای Medi-Cal) از وبسایت Alliance به نشانی www.lamedaalliance.org/members/medi-cal/benefits-and-covered-services مراجعه کنید.

در صورت داشتن هرگونه سؤال، لطفاً با بخش خدمات اعضای Alliance به شماره 1.510.747.4567، شماره رایگان 1.877.932.2738 تماس بگیرید (افراد دچار اختلالات شنوایی و گفتاری (CRS/TTY) با شماره 711/1.800.735.2929 تماس بگیرند).

تکمیل این فرم اختیاری است. پاسخ‌های محرمانه‌تان باعث نمی‌شود از خدمات مراقبتی محروم شوید. تکمیل این فرم روی پوشش شما تأثیر نخواهد گذاشت.

(ادامه در پشت برگه)



فرم اطلاعات سلامت

لطفاً پاسخ(های) را انتخاب کنید که به بهترین نحو بیانگر وضعیت شماست.

1.	در 60 روز آینده نیاز به مراجعه به پزشک دارید؟	☐ بله ☐ خیر		
2.	آیا روزانه سه (3) قلم داروی تجویزی یا بیشتر مصرف می‌کنید؟	☐ بله ☐ خیر		
3.	آیا به‌طور منظم برای مشکلات سلامت روان نظیر افسردگی، اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی به پزشک مراجعه می‌کنید؟	☐ بله ☐ خیر		
4.	در 12 ماه گذشته دو (2) بار یا بیشتر به بخش اورژانس مراجعه کرده‌اید؟	☐ بله ☐ خیر		
5.	در 12 ماه گذشته در بیمارستان بستری شده‌اید؟	☐ بله ☐ خیر		
6.	در شش (6) ماه گذشته، در زمینه مراقبت شخصی نظیر استحمام، لباس پوشیدن یا تعویض پانسمان به کمک نیاز داشته‌اید؟	☐ بله ☐ خیر		
7.	از تجهیزات یا لوازم پزشکی نظیر تخت بیمارستانی، ویلچر، واکر، اکسیژن یا کیسه‌های استومی استفاده می‌کنید؟	☐ بله ☐ خیر		
8.	دچار هرگونه بیماری هستید که باعث محدود شدن فعالیت‌هایتان شود؟	☐ بله ☐ خیر		
9.	باردار هستید؟	☐ بله ☐ خیر		
9a.	اگر پاسخ بله است، در حال حاضر برای بارداری تحت نظر پزشک قرار دارید؟	☐ بله ☐ خیر		
10.	آیا به‌دلیل نوعی بیماری مزمن، به‌طور منظم به پزشک مراجعه می‌کنید؟	☐ بله ☐ خیر		
10a.	اگر پاسخ بله است، لطفاً تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید:			
	☐ الف. آسم	☐ ب. سرطان	☐ ج. فیبروز سیستیک	☐ د. دیابت
	☐ ه. مشکلات قلبی	☐ و. هپاتیت	☐ ز. فشار خون بالا	☐ ح. اچ‌آی‌وی یا ایدز
	☐ ط. بیماری کلیوی	☐ ی. تشنج	☐ ک. کم‌خونی داسی‌شکل	☐ ل. سل
	☐ م. سایر: _____			

اگر احساس می‌کنید باید به پزشک مراجعه کنید، باید همان موقع به پزشک یا بیمارستان مراجعه نمایید.

لطفاً امضا کنید

امضا: _____ تاریخ: _____

اگر فرم را عضو امضا نکرده است، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

نام (با حروف بزرگ انگلیسی) _____ با عضو: _____

سؤالی دارید؟ لطفاً با بخش خدمات اعضای Alliance تماس بگیرید

دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 5 بعدازظهر

شماره تلفن: 1.510.747.4567 • شماره رایگان: 1.877.932.2929

خط مخصوص افراد دچار اختلالات شنوایی و گفتاری (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929

www.alamedaalliance.org

[Member First Name] [Member Last Name]

[Member DOB], [Member ID]

ALAMEDA
Alliance
FOR HEALTH

QI_MBR_HIF/MET NON-SPD DESIGNED
09/2024