

Alameda Alliance for Health

Các chương trình và tài liệu chăm sóc sức khỏe



Mẫu yêu cầu của hội viên – Alameda Alliance for Health (Alliance) cung cấp chương trình giáo dục y tế miễn phí. Chúng tôi mong muốn quý vị chịu trách nhiệm về sức khỏe của mình bằng cách nắm rõ những thông tin phù hợp nhất có thể. Vui lòng chọn các tài liệu văn bản mà quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị từ những chủ đề dưới đây. Vui lòng liên hệ với chúng tôi để yêu cầu những tài liệu này bằng định dạng khác. Quý vị có thể xem thêm thông tin và công cụ hỗ trợ sống khỏe mạnh tại www.alamedaalliance.org.



GIỚI THIỆU CÁC LỚP HỌC VÀ CHƯƠNG TRÌNH

- Bệnh suyễn
- Hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ
- Hồi sức tim phổi (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)/sơ cứu
- Bệnh tiểu đường
- Chương trình Phòng ngừa Bệnh tiểu đường (tiền tiểu đường)
- Ăn uống lành mạnh, Tập thể dục và Cân nặng
- Sức khỏe tim mạch
- Nuôi dạy con cái
- Mang thai và sinh con
- Cai thuốc
(Chúng tôi hợp tác với Kick It California. Nếu chọn ô này, họ sẽ gọi điện trực tiếp cho hội viên. Hội viên cần có số điện thoại hợp lệ.)



TÀI LIỆU VĂN BẢN

- Chỉ Thị Trước (giấy ủy quyền về y tế)
- Sử dụng rượu bia và Chất kích thích khác
- Lo lắng, Trầm cảm và Căng thẳng
 - Trẻ em
 - Thanh thiếu niên
 - Người lớn
- Phân tích hành vi ứng Dụng (Applied Behavior Analysis, ABA)
- Bệnh suyễn
- Đau lưng
- Ngừa thai
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- Bệnh tiểu đường
- Bạo hành gia đình
- Ăn uống lành mạnh, Tập thể dục và Cân nặng
 - Trẻ em
 - Người lớn
- Sức khỏe Tim
- Nuôi dạy con cái
- Thai nghén
- Chăm sóc phòng ngừa
- Cai thuốc lá
- An toàn
 - Trẻ em
 - Người lớn
- Sức khỏe tình dục



ID Y KHOA

- Chọn loại ID:
- Vòng đeo tay
 - Vòng đeo cổ
- Chọn (các) tình trạng:
- Bệnh suyễn
 - Trẻ em
 - Người lớn
 - Bệnh tiểu đường
 - Trẻ em
 - Người lớn

Tên (bản thân): _____

Số ID hội viên Alliance: _____

Tên trẻ (nếu có): _____

Số ID hội viên của trẻ: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Mã bưu chính: _____

Chữ ký: _____

(chữ ký của cha mẹ/người giám hộ nếu ký thay cho trẻ)

Ngôn ngữ viết: _____

Ngôn ngữ nói: _____

Các tài liệu được yêu cầu sẽ được gửi qua đường bưu điện cho quý vị. Có bất kỳ cách nào khác để Alliance có thể liên hệ với quý vị không?

Vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp:

Điện thoại: _____

Email: _____

Tin nhắn văn bản: _____

Quý vị có thể truy cập mẫu đơn trực tuyến trên **Cổng thông tin Hội viên Alliance** tại www.alamedaalliance.org hoặc gửi mẫu đơn đã hoàn thành qua đường bưu điện đến:

Alliance Health Programs • 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

Số Điện Thoại: **1.510.747.4577** • Số Điện Thoại Miễn Phí: **1.855.891.9169**

Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

ALAMEDA
Alliance
FOR HEALTH

HE_MBR_WPM REQ FORM 08/2024
HED W-1 07/2024