

Alameda Alliance for Health

Các chương trình và tài liệu sống khỏe



Mẫu Yêu Cầu Hội Viên – Alameda Alliance for Health (Alliance) cung cấp chương trình giáo dục y tế miễn phí. Chúng tôi mong muốn bạn chịu trách nhiệm về sức khỏe của mình bằng cách nắm rõ những thông tin tốt nhất có thể. Vui lòng chọn chủ đề mà bạn muốn chúng tôi gửi cho bạn. Bạn cũng có thể yêu cầu tờ thông tin ở các định dạng khác. Bạn có thể xem thêm nhiều tờ thông tin tại www.alamedaalliance.org.



GIỚI THIỆU CÁC LỚP HỌC VÀ CHƯƠNG TRÌNH

- Bệnh Suyễn
- Chương Trình Hỗ Trợ Con Bú 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
- Nuôi Dạy Con Cái
- Mang Thai và Sinh Con
- Cai Thuốc Lá
(*vui lòng yêu cầu Đường Dây Cai Thuốc cho Người Châu Á gọi cho tôi*)
- WW (*trước đây có tên gọi là Weight Watchers*)



ID Y KHOA

- Chọn một: Vòng Đo Tay Vòng Đo Cổ
- Bệnh suyễn
 - Trẻ em
 - Người Lớn
 - Bệnh tiểu đường
 - Trẻ em
 - Người Lớn



TÀI LIỆU VĂN BẢN

- Chỉ Thị Trước (*giấy ủy quyền về y tế*)
- Sử Dụng Rượu Bia và Chất Kích Thích Khác
- Bệnh Suyễn
- Đau Lưng
- Ngừa Thai
- Sự An Toàn của Ghế Ngồi Trên Xe
- 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 Mạch
- Nuôi Dạy Con Cái
- Thai Nghén
- Chăm Sóc Phòng Ngừa
- Cai Thuốc Lá
- An Toàn
 - Trẻ Em
 - Người Lớn
- Sức Khỏe Tinh Dục
- Căng Thẳng và Trầm Cảm
 - Trẻ Em
 - Người Lớn

Tên (bản thân): _____
Số ID Hội Viên Alliance: _____
Tên Con (nếu có): _____
Số ID Hội Viên của Con: _____
Tuổi của Con: _____
Địa Chỉ: _____
Thành Phố: _____ Mã Bưu Chính: _____

Ngôn Ngữ Viết: _____
Ngôn Ngữ Giao Tiếp: _____
Các tài liệu được yêu cầu sẽ được gửi qua đường bưu điện cho bạn. Alliance có thể liên lạc với bạn bằng cách nào?
Vui lòng đánh dấu tất cả các phương án phù hợp:
 Điện Thoại: _____
 Email: _____
 Tin Nhắn Văn Bản: _____

ALAMEDA
Alliance
FOR HEALTH

Để yêu cầu, vui lòng điền vào biểu mẫu này trên cổng thông tin hội viên tại www.alamedaalliance.org hoặc gửi biểu mẫu này đến:

Alliance Health Programs • 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502
Số Điện Thoại: **1.510.747.4577** • Số Điện Thoại Miễn Cước: **1.855.891.9169**
Người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**