

Health Information Form

您接收的本表格，係因為您剛剛在 Alameda Alliance for Health (Alliance) 註冊了 Medi-Cal。我們將使用本表格來更好地瞭解您的健康需求。

請用黑色或藍色墨水筆填寫圓圈處，以選擇最適合您的答案。請為您家庭中每一位新入保 Alliance 的計畫成員分別填寫一份表格。

如果您有疑問，請致電 **1.510.747.4567**，免費電話：**1.877.932.2738** 聯絡 Alliance 計畫成員服務處，聽力與語言殘障的人士 (CRS/TTY) 請撥打 **711/1.800.735.2929**。

請將填妥的表格寄還至：

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

已附上郵資信封。

填寫本表格純屬自願。您不會因此等保密的答案被拒絕。

計畫成員姓名:	出生日期:	Alliance 計畫成員識別號碼:
計畫成員地址:		
1. 在接下來的 60 天內您是否需要就醫？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否
2. 您每天是否服用三 (3) 種以上的處方藥？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否
3. 您是否因心理健康病症 (比如抑鬱症、躁鬱症或精神分裂症) 而定期看醫生？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否
4. 在過去 12 個月內，您是否曾在急診室就醫達兩 (2) 次或兩次以上？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否

機密

5. 在過去的 12 個月內，您是否曾住院？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
6. 在過去的 6 個月中，您是否需要個人護理方面的幫助，例如洗澡、穿衣或更換繃帶？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
7. 您是否正在使用醫療設備或用品，例如病床、輪椅、助行器、氧氣或造口袋？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
8. 您是否患有某種病症而使您的活動或所能做的事受到限制？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
9. 您目前是否懷孕？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
9a. 如果是 ，您當前是否因懷孕而在看醫生？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
10. 您是否因慢性病症而定期看醫生？	<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	
10a. 如果是 ，請填寫所有適用項：			
<input type="radio"/> a. 哮喘	<input type="radio"/> b. 癌症	<input type="radio"/> c. 囊性纖維化症	<input type="radio"/> d. 糖尿病
<input type="radio"/> e. 心臟問題	<input type="radio"/> f. 肝炎	<input type="radio"/> g. 高血壓	<input type="radio"/> h. 愛滋病毒或愛滋病
<input type="radio"/> i. 腎臟疾病	<input type="radio"/> j. 癲癇症	<input type="radio"/> k. 鐮刀狀細胞性貧血	<input type="radio"/> l. 結核病
<input type="radio"/> m. 其他: _____			

如果您認為您需要看醫生，那麼您應該去看醫生或到訪醫院。

簽名: _____ 簽名日期: _____

如果簽名人並非計畫成員，請說明關係 (父母，監護人，其他)：

機密