

Mẫu Đơn Thông Tin Về Sức Khỏe

Quý vị nhận được mẫu đơn này vì quý vị mới ghi danh vào Medi-Cal tại Alameda Alliance for Health (Alliance). Chúng tôi sẽ sử dụng mẫu đơn này để hiểu rõ hơn các nhu cầu về sức khỏe của quý vị.

Xin vui lòng khoanh tròn bằng bút đen hoặc xanh dương cho các câu trả lời đúng nhất áp dụng cho quý vị. Xin vui lòng hoàn tất một mẫu đơn cho mỗi người trong gia đình quý vị là hội viên mới của Alliance.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin vui lòng gọi ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance tại **1.510.747.4567**, số điện thoại miễn phí **1.877.932.2738**, người khiếm thính và khiếm ngôn (CRS/TTY) **711/1.800.735.2929**.

Xin vui lòng nộp mẫu đơn đã hoàn tất đến:

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

Phong bì đã trả bưu phí được đính kèm.

Điền mẫu đơn này là tự nguyện. Quý vị sẽ không bị từ chối chăm sóc dựa trên các câu trả lời được bảo mật của quý vị.

Tên Hội Viên:	Ngày Sinh: ____ / ____ / ____	Số ID của Alliance:
Địa Chỉ Hội Viên:		
1. Quý vị có cần gặp bác sĩ trong vòng 60 ngày sắp tới không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
2. Quý vị có dùng ba (3) loại thuốc trở lên theo toa mỗi ngày không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
3. Quý vị có gặp bác sĩ thường xuyên vì một tình trạng sức khỏe tâm thần như chứng trầm cảm, rối loạn lưỡng cực hay bệnh tâm thần phân liệt không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
4. Quý vị có đến phòng cấp cứu từ hai (2) lần trở lên trong 12 tháng trước không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không

HỒ SƠ ĐƯỢC GIỮ BÍ MẬT

5. Quý vị có được cho nhập viện trong 12 tháng trước không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
6. Quý vị có từng cần giúp đỡ về chăm sóc cá nhân, chẳng hạn như tắm rửa, mặc quần áo hay thay băng trong sáu (6) tháng trước không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
7. Quý vị có đang dùng thiết bị hay tiếp liệu y tế, như giường bệnh viện, xe lăn, xe tập đi, dưỡng khí hay túi chứa chất thải cho hậu môn nhân tạo không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
8. Quý vị có một bệnh trạng nào làm hạn chế các hoạt động của quý vị hay điều mà quý vị có thể làm không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
9. Quý vị có mang thai không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
9a. Nếu có , quý vị hiện có đang gặp bác sĩ cho lần mang thai này không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
10. Quý vị có thường xuyên gặp bác sĩ vì một tình trạng mãn tính không?	<input type="radio"/> Có	<input type="radio"/> Không
10a. Nếu có , đánh dấu mọi lựa chọn áp dụng:		
<input type="radio"/> a. Bệnh Suyễn	<input type="radio"/> b. Bệnh Ung Thư	<input type="radio"/> c. Bệnh Xơ Nang Hoá
<input type="radio"/> d. Bệnh Tiểu Đường	<input type="radio"/> e. Các Vấn Đề Về Tim	<input type="radio"/> f. Bệnh Viêm Gan Siêu Vi
<input type="radio"/> g. Cao Huyết Áp	<input type="radio"/> h. HIV hay AIDS	<input type="radio"/> i. Bệnh Thận
<input type="radio"/> j. Bệnh Động Kinh	<input type="radio"/> k. Bệnh Thiếu Máu Hồng Cầu Hình Liềm	<input type="radio"/> l. Bệnh Lao
<input type="radio"/> m. Khác: _____		

Nếu quý vị nghĩ quý vị cần gặp bác sĩ, quý vị nên đi bác sĩ hay bệnh viện vào lúc đó.

Chữ ký: _____ Ngày ký tên: _____

Nếu không được ký bởi hội viên, hãy nêu cụ thể mối quan hệ (cha mẹ, người bảo hộ, người khác):

HỒ SƠ ĐƯỢC GIỮ BÍ MẬT