

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA)

Thông tin này sẽ giúp chúng tôi hiểu được nhu cầu sức khỏe của quý vị. Các câu trả lời của quý vị SẼ KHÔNG ảnh hưởng đến quyền lợi của quý vị. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị. Chuyển câu hỏi về mẫu đơn này đến số 1-800-885-8000 hoặc 711 dành cho TTY.

Ngày hôm nay: _____

Thông tin cá nhân

Tên: _____

Địa chỉ (Thành phố/Tiểu bang/Mã ZIP): _____

Số Điện thoại phù hợp nhất: _____

Ngày sinh: _____

ID Medicare: _____

ID Medicaid (Medi-CAL): _____

ID hội viên Champion Health Plan: _____

Người hoàn thành mẫu đơn này: _____

Mối quan hệ với hội viên: _____

Quyền đồng ý hoặc từ chối

Tôi ☐ Chấp nhận/Chọn tham gia hoặc ☐ Từ chối/Không tham gia Đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) của Champion Health Plan

Đánh giá sức khỏe thể chất

1. Chiều cao của quý vị _____ (chỉ inch)
2. Cân nặng của quý vị _____ (pound)
3. Quý vị có lo lắng về sức khỏe của mình không? ☐ Có ☐ Không
4. Quý vị có cảm thấy mình vận động thể chất/tập thể dục đủ không? ☐ Có ☐ Không
5. Quý vị có cảm thấy chế độ ăn uống của mình hỗ trợ lối sống lành mạnh không?
☐ Có ☐ Không

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày

6. Quý vị cần trợ giúp ở mức độ như thế nào cho từng mục sau?

Hoạt động	Không cần trợ giúp	Cần một chút trợ giúp	Không thể làm gì cả
Tắm rửa	☐	☐	☐
Mặc quần áo	☐	☐	☐
Ăn uống	☐	☐	☐
Ra khỏi giường hoặc ghế	☐	☐	☐
Chuẩn bị bữa ăn	☐	☐	☐
Dùng thuốc	☐	☐	☐
Sử dụng phòng tắm	☐	☐	☐
Đi bộ	☐	☐	☐
Dịch vụ chuyên chở	☐	☐	☐

7. Quý vị hiện đang sống ở đâu?

- ☐ Nhà riêng ☐ Nơi sống có trợ giúp ☐ Viện điều dưỡng ☐ Nhà ở theo nhóm
☐ Căn hộ ☐ Chung cư ☐ Nhà tạm trú ☐ Nhà di động/nhà xe kéo
☐ Vô gia cư ☐ Khác

8. Nếu quý vị cần giúp đỡ, quý vị có ai ở gần hoặc người chăm sóc nào giúp quý vị không?

- ☐ Gia đình ☐ Bạn bè ☐ Hàng xóm ☐ Người chăm sóc ☐ Không có sự giúp đỡ
☐ Không muốn trả lời ☐ Khác

9. Thiết bị y tế (chọn tất cả các mục phù hợp)

- ☐ Khung tập đi ☐ Xe lăn ☐ Giường bệnh ☐ Ôxy ☐ Máy khí dung
☐ Nhà vệ sinh di động ☐ Ghế tắm ☐ C-pap/Bi-pap ☐ Khác

Các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe

10. Có điều gì ngăn cản quý vị thực hiện các bước để nhận được dịch vụ chăm sóc cần thiết không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

Nếu có, hãy đánh dấu tất cả các mục phù hợp

- ☐ Dịch vụ chuyên chở ☐ Chi phí dịch vụ y tế ☐ Chi phí thuốc men
☐ Tiếp cận dịch vụ ☐ Hỗ trợ người chăm sóc ☐ Sự khác biệt về ngôn ngữ
☐ Sự khác biệt về văn hóa ☐ Người khiếm thính ☐ Khó khăn về thị giác
☐ Sự phản đối của gia đình ☐ Các vấn đề xã hội: sự phân biệt đối xử/sự ngờ vực
☐ Các vấn đề về sức khỏe tâm thần/không tin tưởng một số người
☐ Bạo lực gia đình/lạm dụng ☐ Lạm dụng người cao tuổi ☐ Khác

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

Tiền sử sức khỏe lâm sàng và điều trị

11. Tên Bác sĩ chăm sóc chính (Primary Care Physician, PCP) của quý vị là gì? _____
12. Quý vị có cần PCP không? ☐ Tôi cần một PCP mới ☐ Không
13. Lần cuối cùng quý vị đến khám với Bác sĩ chăm sóc chính của mình là khi nào?
☐ Dưới 6 tháng ☐ Hơn 6 tháng ☐ 12 tháng hoặc lâu hơn
14. Quý vị đã phải nhập viện hoặc đến phòng cấp cứu bao nhiêu lần trong 12 tháng qua?
☐ 0 ☐ 1 lần ☐ 2 lần ☐ 3 lần ☐ Hơn 3 lần
15. Quý vị có vào cơ sở chăm sóc hậu cấp tính (điều dưỡng chuyên môn, phục hồi chức năng hoặc chăm sóc dài hạn) trong 12 tháng qua không? ☐ 0 ☐ 1 lần ☐ 2 lần
☐ 3 lần ☐ Hơn 3 lần
16. Vui lòng chọn Có hoặc Không và nêu ra (các) Nhà cung cấp dịch vụ điều trị cho các tình trạng sau:

Hen suyễn hoặc viêm phế quản mạn tính	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
COPD hoặc khí phế thũng	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khó thở hoặc các vấn đề về hô hấp	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Thường xuyên té ngã	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Loãng xương	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Viêm xương khớp	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Gãy xương gần đây	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Parkinson/ALS/MS/Lupus	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Ung thư	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
HIV/AIDS	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

Trầm cảm	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Bệnh tâm thần nghiêm trọng	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Mắt: Bị mù hoặc khiếm thị ngay cả khi đeo kính	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Tai: Bị điếc hoặc khiếm thính ngay cả khi đeo máy trợ thính?	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Đột quỵ, nhồi máu cơ tim, đau ngực hoặc tắc nghẽn động mạch	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Suy tim sung huyết (CHF)	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Vấn đề với hệ tuần hoàn	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Huyết áp cao	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Sưng (mắt cá chân hoặc chân)	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Tiểu đường ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Tiền tiểu đường ☐ Thai kỳ	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Loét da, vết thương không lành, vết loét	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Cấy ghép nội tạng	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Mất trí nhớ, sa sút trí tuệ hoặc bệnh Alzheimer	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Tiểu tiện không tự chủ hoặc vấn đề kiểm soát bàng quang	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

Nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Suy thận hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Vấn đề về ruột	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khác	☐ Có ☐ Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

Hoạt động lập kế hoạch cuộc sống

17. Quý vị có hoặc cần những thứ sau đây không: Chỉ thị chăm sóc sức khỏe trước như Di chúc sống hoặc Lệnh của bác sĩ về điều trị duy trì sự sống (POLST)?
- ☐ Có ☐ Không ☐ Tôi cần làm

Duy trì sức khỏe phòng ngừa

18. Quý vị có tiêm vắc-xin/tiêm phòng cúm hàng năm không?
- ☐ Có ☐ Không
19. Quý vị đã tiêm vắc-xin/tiêm phòng Covid trong năm nay chưa?
- ☐ Có ☐ Không
20. Quý vị có kiểm tra/khám sàng lọc ung thư đại tràng trong 10 năm qua không?
- ☐ Có ☐ Không
21. Quý vị có làm xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung trong 2 năm qua không?
- ☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng
22. Quý vị có chụp quang tuyến vú trong 2 năm qua không?
- ☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng
23. Quý vị có sử dụng thuốc lá (hút, nhai, hít hoặc bất kỳ hình thức nào khác) không?
- ☐ Có ☐ Không
24. Việc uống rượu có ảnh hưởng tới cuộc sống cá nhân hoặc công việc của quý vị không?
- ☐ Có ☐ Không
25. Tần suất đau trong tuần qua?
- ☐ Không đau ☐ Đau một số ngày ☐ Đau hàng ngày
26. Thuốc giảm đau hay liệu pháp khác? ☐ Có ☐ Không

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

Sức khỏe hành vi và tâm thần

27. Trong 2 tuần qua, quý vị cảm thấy khó chịu bởi bất kỳ cảm giác nào sau đây thường xuyên như thế nào?

Cảm thấy chán nản, buồn bã, tuyệt vọng	☐ Hoàn toàn không	☐ Vài ngày	☐ Hơn một nửa số ngày
	☐ Gần như hàng ngày		
Ít hứng thú/vui thích khi làm mọi việc	☐ Hoàn toàn không	☐ Vài ngày	☐ Hơn một nửa số ngày
	☐ Gần như hàng ngày		
Cơ khốc lóc	☐ Hoàn toàn không	☐ Vài ngày	☐ Hơn một nửa số ngày
	☐ Gần như hàng ngày		
Khó ngủ	☐ Hoàn toàn không	☐ Vài ngày	☐ Hơn một nửa số ngày
	☐ Gần như hàng ngày		
Bồn chồn / lo âu / lo lắng	☐ Hoàn toàn không	☐ Vài ngày	☐ Hơn một nửa số ngày
	☐ Gần như hàng ngày		
Kích động / Dễ cáu kỉnh / Tức giận	☐ Hoàn toàn không	☐ Vài ngày	☐ Hơn một nửa số ngày
	☐ Gần như hàng ngày		
Suy nghĩ làm tổn thương bản thân hoặc người khác	☐ Hoàn toàn không	☐ Vài ngày	☐ Hơn một nửa số ngày
	☐ Gần như hàng ngày		

28. Các vấn đề sức khỏe cá nhân hoặc gia đình có dẫn đến mất việc làm hoặc mất hoạt động hàng ngày không?

☐ Có ☐ Không ☐ Không chắc chắn ☐ Không áp dụng

29. Hiện tại quý vị đang gặp phải những yếu tố gây căng thẳng nào (hãy chọn tất cả những mục phù hợp)?

☐ Mọi quan hệ ☐ Gia đình ☐ Con cái ☐ Thiếu sự hỗ trợ xã hội ☐ Nghề nghiệp
☐ Sức khỏe thể chất nói chung ☐ Tài chính ☐ Khác ☐ Không áp dụng

Nhu cầu về văn hóa và ngôn ngữ

30. Quý vị có theo một tôn giáo hay truyền thống tâm linh nào không?

☐ Chủ nghĩa vô thần/Chủ nghĩa bất khả tri ☐ Phật giáo ☐ Công giáo ☐ Kitô giáo
☐ Khoa học Cơ đốc giáo ☐ Ấn Độ giáo ☐ Hồi giáo ☐ Nhân chứng Giê-hô-va
☐ Do Thái giáo ☐ Người Mormon ☐ Khác ☐ Không có/Không liên kết
☐ Không muốn trả lời

31. Ngôn ngữ chính của quý vị là gì?

☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Pháp Creole
☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tagalog ☐ Không muốn trả lời ☐ Khác

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

32. Quý vị mô tả dân tộc của mình như thế nào?

- ☐ Người da trắng hoặc người gốc Âu ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
☐ Người gốc Tây Ban Nha/Latinh ☐ Người Mỹ da đỏ/Người bản địa Alaska
☐ Châu Á ☐ Người dân đảo Thái Bình Dương/Người Hawaii bản địa ☐ Không rõ
☐ Không muốn trả lời ☐ Khác

Nhân khẩu học

33. Quý vị xác định mình thuộc giới tính nào?

- ☐ Nam giới ☐ Nữ giới ☐ Liên giới tính ☐ Chuyển giới
☐ Không tuân theo chuẩn giới ☐ Riêng tư ☐ Hoạn quan
☐ Không muốn trả lời ☐ Khác _____

34. Hiện tại quý vị đang sống với ai?

- ☐ Một mình ☐ Con cái ☐ Gia đình mở rộng ☐ Bạn bè ☐ Cha mẹ
☐ Bạn cùng phòng ☐ Anh chị em ruột ☐ Vợ/Chồng/Đối tác ☐ Khác _____

Nhà ở

35. Quý vị có gặp phải những vấn đề sau đây không (hãy chọn tất cả những mục phù hợp)?

- ☐ Sâu bọ ☐ Động vật gặm nhấm ☐ Chì/Amiăng ☐ Nấm mốc
☐ Các vấn đề về điện ☐ Các vấn đề về sưởi ấm ☐ Các vấn đề về nước
☐ Ngôi nhà không an toàn ☐ Không có vấn đề ☐ Khác _____

36. Quý vị có truy cập internet không (hãy chọn tất cả các mục phù hợp)?

- ☐ Máy tính ☐ Điện thoại ☐ Máy tính bảng ☐ Khác _____

Mục tiêu cá nhân

37. Mục tiêu chính cho sức khỏe tổng thể của quý vị là gì? _____

38. Là người chăm sóc, mục tiêu chính của quý vị đối với thành viên gia đình hoặc khách hàng là gì? _____

Cảm ơn quý vị đã giúp đỡ. Thông tin này rất quan trọng để cung cấp dịch vụ chăm sóc tối ưu phù hợp với yêu cầu và nhu cầu của quý vị. Vui lòng gửi mẫu đơn đã hoàn thành này đến:

Champion Health Plan
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995