

## 健康风险评估 (HRA) 表

这些信息将帮助我们了解您的健康需求。您的回答不会影响您的福利。我们可能会与您的主治医生分享您的信息。如对本表格有任何疑问, 请直接拨打 1-800-885-8000 或 711 (TTY)。

今天的日期: \_\_\_\_\_

### 个人信息

姓名: \_\_\_\_\_

地址 (城市/州/邮政编码): \_\_\_\_\_

最佳联系电话: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

Medicare ID: \_\_\_\_\_

Medicaid (Medi-CAL) ID: \_\_\_\_\_

Champion Health 会员 ID: \_\_\_\_\_

填表人: \_\_\_\_\_

与会员的关系: \_\_\_\_\_

### 同意或拒绝的权利

本人 ☐ 接受/选择加入或 ☐ 拒绝/选择退出参加 Champion Health Plan 的健康风险评估 (HRA)

### 身体健康评分

1. 您的身高 \_\_\_\_\_ (仅英寸)

2. 您的体重 \_\_\_\_\_ (磅)

3. 您是否担心自己的健康状况? ☐ 是 ☐ 否

4. 您觉得自己有足够的体育活动/锻炼吗? ☐ 是 ☐ 否

5. 您是否觉得您的饮食有助于健康的生活方式? ☐ 是 ☐ 否

## 健康风险评估 (HRA) 表(续)

### 日常生活活动

6. 您在以下方面需要多少帮助？

| 活动    | 无需帮助                     | 需要一些帮助                   | 完全无法完成                   |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 洗澡    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 穿衣    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 进食    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 起床或起身 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 准备餐食  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 服用药物  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 如厕    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 步行    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 交通服务  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. 您目前住在哪里？

- ☐ 私人住宅   ☐ 辅助生活机构   ☐ 疗养院   ☐ 团体之家  
☐ 公寓   ☐ 产权公寓   ☐ 过渡教习所   ☐ 拖车/移动房屋公园  
☐ 无家   ☐ 其他

8. 如果您需要帮助, 附近是否有人或护理人员可以帮助您？

- ☐ 家人   ☐ 朋友   ☐ 邻居   ☐ 护理人员   ☐ 无人帮助  
☐ 我不想回答   ☐ 其他

9. 医疗设备(勾选所有适用项)

- ☐ 助行器   ☐ 轮椅   ☐ 病床   ☐ 氧气   ☐ 雾化器  
☐ 便携式厕所   ☐ 淋浴椅   ☐ C-pap/Bi-pap   ☐ 其他

### 健康的社会决定因素

10. 有什么事情阻碍您采取措施获得所需的护理吗？

- ☐ 是   ☐ 否   ☐ 不适用

如果是, 请勾选所有适用项

- ☐ 交通   ☐ 医疗服务费用   ☐ 药物费用  
☐ 获取服务   ☐ 护理人员支持   ☐ 语言差异  
☐ 文化差异   ☐ 重听   ☐ 视物困难   ☐ 家人反对  
☐ 社会问题: 歧视/不信任   ☐ 心理健康问题/不信任某些人   ☐ 家庭暴力/虐待  
☐ 老年人虐待   ☐ 其他

## 健康风险评估 (HRA) 表(续)

### 临床健康史与治疗

11. 您的主治医生 (PCP) 的姓名是? \_\_\_\_\_

12. 您是否需要一位 PCP? ☐ 我需要一位新的 PCP ☐ 否

13. 您上次看主治医生是什么时候? ☐ 少于 6 个月 ☐ 超过 6 个月 ☐ 12 个月或更久

14. 在过去12个月内,您住院或去急诊室的次数是多少? ☐ 0 次 ☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次  
☐ 超过3次

15. 在过去12个月内,您是否住过急性期后护理机构(专业护理、康复或长期护理机构)? ☐ 0 次  
☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次 ☐ 超过 3 次

16. 请为以下病症勾选“是”或“否”,并注明治疗医生:

|                |                                                       |                   |
|----------------|-------------------------------------------------------|-------------------|
| 哮喘或慢性支气管炎      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| COPD 或肺气肿      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| 气短或呼吸问题        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| 经常跌倒           | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| 骨质疏松症          | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| 骨关节炎           | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| 近期骨折           | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| 帕金森病/ALS/MS/狼疮 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| 癌症             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |
| HIV/AIDS       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”,请填写提供者名称: |

## 健康风险评估 (HRA) 表 (续)

|                                                                                                                                          |                                                       |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------|
| 抑郁症                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 严重精神疾病                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 眼睛：失明或即使戴眼镜也看不清                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 耳朵：失聪或即使戴助听器也听不清                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 中风、心脏病发作、胸痛或动脉阻塞                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 充血性心力衰竭 (CHF)                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 循环系统问题                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 高血压                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 肿胀（脚踝或腿部）                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 糖尿病<br><input type="checkbox"/> 1 型<br><input type="checkbox"/> 2 型<br><input type="checkbox"/> 糖尿病前期<br><input type="checkbox"/> 妊娠期糖尿病 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 皮肤溃疡、不愈合伤口、疮                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 器官移植                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 记忆力减退、痴呆或阿尔茨海默病                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 尿失禁或膀胱控制问题                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 频繁尿路感染                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 肾衰竭或终末期肾病 (ESRD)                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |

## 健康风险评估 (HRA) 表(续)

|      |                                                       |                   |
|------|-------------------------------------------------------|-------------------|
| 肠道问题 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |
| 其他   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 如果回答“是”，请填写提供者名称： |

### 人生规划活动

17. 您是否拥有或需要以下项目：预先医疗指示，例如生前预嘱或维持生命治疗医嘱 (POLST)?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我需要一份

### 预防性健康维护

18. 您每年都接种流感疫苗吗? ☐ 是 ☐ 否

19. 您今年接种了新冠疫苗吗? ☐ 是 ☐ 否

20. 您在过去 10 年内做过结肠癌检查/筛查吗? ☐ 是 ☐ 否

21. 您在过去 2 年内做过宫颈抹片检查吗? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用

22. 您在过去 2 年内做过乳腺 X 光检查吗? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用

23. 您是否使用烟草(吸烟、嚼烟、嗅烟或任何其他形式)? ☐ 是 ☐ 否

24. 饮酒是否影响您的个人生活或工作? ☐ 是 ☐ 否

25. 过去一周疼痛的频率是怎样?

☐ 无疼痛 ☐ 有些天疼痛 ☐ 每天疼痛

26. 是否有疼痛管理药物或其他疗法? ☐ 是 ☐ 否

## 健康风险评估 (HRA) 表(续)

### 行为与心理健康

27. 在过去 2 周里, 您被以下任何感觉困扰的频率如何?

|            |                               |                              |                                 |                               |
|------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 情绪低落、抑郁、绝望 | <input type="checkbox"/> 完全没有 | <input type="checkbox"/> 有几天 | <input type="checkbox"/> 超过一半天数 | <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 做事的兴致或乐趣减少 | <input type="checkbox"/> 完全没有 | <input type="checkbox"/> 有几天 | <input type="checkbox"/> 超过一半天数 | <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 想哭         | <input type="checkbox"/> 完全没有 | <input type="checkbox"/> 有几天 | <input type="checkbox"/> 超过一半天数 | <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 睡眠困难       | <input type="checkbox"/> 完全没有 | <input type="checkbox"/> 有几天 | <input type="checkbox"/> 超过一半天数 | <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 紧张/焦虑/担心   | <input type="checkbox"/> 完全没有 | <input type="checkbox"/> 有几天 | <input type="checkbox"/> 超过一半天数 | <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 激动/易怒/愤怒   | <input type="checkbox"/> 完全没有 | <input type="checkbox"/> 有几天 | <input type="checkbox"/> 超过一半天数 | <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 伤害自己或他人的想法 | <input type="checkbox"/> 完全没有 | <input type="checkbox"/> 有几天 | <input type="checkbox"/> 超过一半天数 | <input type="checkbox"/> 几乎每天 |

28. 个人或家庭健康问题是否导致工作或日常活动受影响?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定 ☐ 不适用

29. 您目前有哪些压力源(勾选所有适用项)?

☐ 人际关系 ☐ 家庭 ☐ 子女 ☐ 缺乏社会支持 ☐ 职业  
☐ 总体身体健康 ☐ 财务 ☐ 其他 ☐ 不适用

### 文化与语言需求

30. 您认同某种宗教或精神传统吗?

☐ 无神论/不可知论 ☐ 佛教 ☐ 天主教 ☐ 基督教  
☐ 基督教科学派 ☐ 印度教 ☐ 伊斯兰教 ☐ 耶和华见证会 ☐ 犹太教 ☐ 摩门教  
☐ 其他 ☐ 无宗教信仰/无所属 ☐ 我不想回答

31. 您的主要语言是什么?

☐ 英语 ☐ 西班牙语 ☐ 汉语 ☐ 法语克里奥尔语 ☐ 韩语 ☐ 越南语 ☐ 他加禄语  
☐ 我不想回答 ☐ 其他

## 健康风险评估 (HRA) 表(续)

32. 您如何描述您的种族？

- ☐ 白种人或高加索人 ☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 西班牙裔/拉丁裔  
☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 亚裔  
☐ 太平洋岛民/夏威夷原住民 ☐ 未知  
☐ 我不想回答 ☐ 其他

### 人口统计信息

33. 您认同的性别是？

- ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 间性人 ☐ 跨性别者 ☐ 性别未明 ☐ 个人  
☐ 去势者 ☐ 我不想回答 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

34. 您目前与谁同住？

- ☐ 独自居住 ☐ 子女 ☐ 大家庭成员 ☐ 朋友 ☐ 父母  
☐ 室友 ☐ 兄弟姐妹 ☐ 配偶/伴侣 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

### 住房

35. 您是否存在以下问题(勾选所有适用项)？

- ☐ 虫害 ☐ 啮齿动物 ☐ 铅/石棉 ☐ 霉菌 ☐ 电路问题  
☐ 供暖问题 ☐ 供水问题 ☐ 房屋不安全  
☐ 无问题 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

36. 您是否能够访问互联网(勾选所有适用项)？

- ☐ 电脑 ☐ 手机 ☐ 平板电脑 ☐ 其他 \_\_\_\_\_

### 个人目标

37. 您对整体健康的主要目标是什么？ \_\_\_\_\_

38. 作为护理人员, 您对您的家人或客户的主要目标是什么？ \_\_\_\_\_

感谢您的帮助。这些信息对于提供符合您要求和需求的最佳护理至关重要。请将填写完整的表格寄至：

**Champion Health Plan**

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995