

Champion Ally, Care and Choice计划健康风险评估 (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

Champion Ally, Care and Choice计划健康风险评估 (HRA) 表

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

Champion Ally, Care and Choice计划健康风险评估 (HRA) 表

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:

Champion Ally, Care and Choice 计划健康风险评估 (HRA) 表

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 <input type="checkbox"/> 1 型 <input type="checkbox"/> 2 型 <input type="checkbox"/> 糖尿病前期 <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：

Champion Ally, Care and Choice 计划健康风险评估 (HRA) 表

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

Champion Ally, Care and Choice 计划健康风险评估 (HRA) 表

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

Champion Ally, Care and Choice计划健康风险评估 (HRA) 表

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