

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
của các chương trình Champion Ally, Care and Choice**

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

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
của các chương trình Champion Ally, Care and Choice**

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mặc quần áo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ăn uống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ra khỏi giường hoặc ghế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chuẩn bị bữa ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dùng thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sử dụng phòng tắm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đi bộ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dịch vụ chuyên chở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình Champion Ally, Care and Choice

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	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
COPD hoặc khí phế thũng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khó thở hoặc các vấn đề về hô hấp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Thường xuyên té ngã	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Loãng xương	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Viêm xương khớp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Gãy xương gần đây	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Parkinson/ALS/MS/Lupus	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Ung thư	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
của các chương trình Champion Ally, Care and Choice**

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

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
của các chương trình Champion Ally, Care and Choice**

Nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Suy thận hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Vấn đề về ruột	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, tên (các) nhà cung cấp:
Khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình Champion Ally, Care and Choice

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	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
	<input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày		
Ít hứng thú/vui thích khi làm mọi việc	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
	<input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày		
Cơ khốc lóc	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
	<input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày		
Khó ngủ	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
	<input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày		
Bồn chồn / lo âu / lo lắng	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
	<input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày		
Kích động / Dễ cáu kỉnh / Tức giận	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
	<input type="checkbox"/> Gần như hàng ngày		
Suy nghĩ làm tổn thương bản thân hoặc người khác	<input type="checkbox"/> Hoàn toàn không	<input type="checkbox"/> Vài ngày	<input type="checkbox"/> Hơn một nửa số ngày
	<input type="checkbox"/> 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)?

- Mối 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

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
của các chương trình Champion Ally, Care and Choice**

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