

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus

Thông tin này sẽ giúp chúng tôi hiểu nhu cầu sức khỏe của quý vị. 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 (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu của quý vị. Gửi các câu hỏi về biểu mẫu này đến số 1-800-885-8000 hoặc 711 đối với dịch vụ TTY.

Ngày Hôm nay: _____

Thông tin cá nhân

Tên: _____

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

Số điện thoại Phù hợp nhất: _____

Ngày sinh: _____

ID Medicare: _____

ID Medicaid (Medi-CAL): _____

ID Hội viên Champion Health Plan: _____

Người điền vào biểu mẫu này: _____

Mối quan hệ với Hội viên: _____

Quyền đồng ý hoặc từ chối

Tôi ☐ Chấp nhận/Chọn tham gia hoặc ☐ Từ chối/Chọn không tham gia Đánh giá Rủi ro Sức khỏe (HRA) của Champion Health Plan

Đánh giá sức khỏe thể chất

1. Chiều cao của quý vị là bao nhiêu _____ (chỉ theo đơn vị inch)
2. Cân nặng của quý vị là bao nhiêu _____ (cân Anh)
3. Quý vị có quan ngại về sức khỏe của mình không? ☐ Có ☐ Không
4. Quý vị có cảm thấy mình có hoạt động thể chất/tập thể dục đủ không?
☐ Có ☐ Không
5. Quý vị có cảm thấy rằng chế độ ăn của quý vị hỗ trợ một lối sống lành mạnh không?
☐ Có ☐ Không

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày

6. Quý vị cần giúp đỡ ở mức nào với những hoạt động sau đây?

Hoạt động	Không cần trợ giúp	Cần một số trợ giúp	Hoàn toàn không thể làm
Tắm rửa	☐	☐	☐
Mặc quần áo	☐	☐	☐
Ăn uống	☐	☐	☐
Ra khỏi giường hoặc ghế	☐	☐	☐
Chuẩn bị bữa ăn	☐	☐	☐
Uống thuốc	☐	☐	☐
Đi vệ sinh	☐	☐	☐
Đi bộ	☐	☐	☐
Sử dụng phương tiện vận chuyển	☐	☐	☐

7. Quý vị hiện đang sống ở đâu?

- ☐ Nhà riêng ☐ Cơ sở sinh sống có hỗ trợ ☐ Dưỡng đường ☐ Nhà ở nhóm
☐ Căn hộ ☐ Chung cư ☐ Nhà tạm trú ☐ Rơmooc / Công viên nhà di động
☐ Vô gia cư ☐ Khác

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

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

9. Thiết bị y tế (đánh dấu tất cả các tùy chọn)

- ☐ Khung tập đi ☐ Xe lăn ☐ Giường bệnh ☐ Ôxi ☐ Dụng cụ 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 tùy chọn phù hợp

- ☐ Phương tiện vận chuyển ☐ Chi phí dịch vụ y tế ☐ Chi phí thuốc men
☐ Khả năng tiếp cận dịch vụ ☐ Sự hỗ trợ của người chăm sóc

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)

- ☐ Khác biệt về ngôn ngữ ☐ Khác biệt về văn hóa ☐ Nặng tai ☐ Khó nhìn
☐ Sự phản đối của gia đình ☐ Các vấn đề xã hội: kỳ thị/không tin tưởng
☐ Các vấn đề về sức khỏe tâm thần/không tin tưởng một số người
☐ Bạo lực gia đình / lạm dụng ☐ Ngược đãi người cao tuổi ☐ Khác

Tiền sử sức khỏe điều trị & lâm sàng

11. Tên của Bác sĩ Chăm sóc ban đầu (PCP) của quý vị là gì? _____
12. Quý vị có cần PCP không? ☐ Có ☐ Không
13. Lần cuối cùng quý vị gặp Bác sĩ Chăm sóc ban đầu của mình là khi nào?
☐ Dưới 6 tháng ☐ Hơn 6 tháng ☐ 12 tháng trở lên
14. Quý vị có cần bác sĩ tâm thần không? ☐ Có ☐ Không
15. Lần cuối cùng quý vị gặp bác sĩ tâm thần của mình là khi nào? ☐ Dưới 6 tháng
☐ Hơn 6 tháng ☐ 12 tháng trở lên
16. Quý vị đã nhập viện hoặc đến phòng cấp cứu bao nhiêu lần trong 12 tháng qua?
☐ 0 ☐ 1 lần ☐ 2 lần ☐ 3 lần ☐ Hơn 3 lần
17. Quý vị đã từng ở trong một cơ sở chăm sóc sau cấp tính (điều dưỡng lành nghề, phục hồi chức năng, hoặc chăm sóc dài hạn) trong 12 tháng qua? ☐ 0 ☐ 1 lần ☐ 2 lần
☐ 3 lần ☐ Hơn 3 lần
18. Vui lòng đánh dấu **Có** hoặc **Không** và bao gồm (các) Nhà cung cấp dịch vụ điều trị cho các bệnh trạng sau đây:

Hen suyễn hoặc viêm phế quản mạn tính	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
COPD hoặc khí phế thũng	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Khó thở hoặc các vấn đề về hô hấp	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Té ngã thường xuyên	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Loãng xương	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Viêm xương khớp	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)

Gãy xương gần đây	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Bệnh Parkinson/ALS/MS/Lupus	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Ung thư	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
HIV/AIDS	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Trầm cảm	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Bệnh tâm thần: (Đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp) ☐ Rối loạn lưỡng cực ☐ Rối loạn hoang tưởng ☐ Tâm thần phân liệt ☐ Rối loạn phân liệt cảm xúc ☐ Rối loạn trầm cảm nặng	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Mắt: Mù hoặc khó nhìn ngay cả khi đeo kính	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Tai: Điếc hoặc khó nghe ngay cả khi đeo thiết bị trợ thính?	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Đột quỵ, đau tim, đau ngực, hoặc bị tắc nghẽn Động mạch	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Suy tim sung huyết (CHF)	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Các vấn đề về tuần hoàn	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Huyết áp cao	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Sưng (mắt cá chân hoặc chân)	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)

Bệnh tiểu đường ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Tiền tiểu đường ☐ Do mang thai	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Loét da, vết thương không lành, vết loét	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Cấy ghép nội tạng	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Mất trí nhớ, sa sút trí tuệ, hoặc bệnh Alzheimer	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Tiểu không tự chủ hoặc Vấn đề về kiểm soát bàng quang	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Suy thận hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD)	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Các vấn đề về ruột	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:
Khác	☐ Có ☐ Không	Nếu Có, (các) tên nhà cung cấp:

Hoạt động lập kế hoạch sống

19. Quý vị có hoặc cần những thứ sau đây hay không: Giấy chỉ thị trước về Chăm sóc Sức khỏe như Di chúc hoặc Chỉ định của Bác sĩ về Điều trị Duy trì Sự sống (POLST)?

☐ Có ☐ Không ☐ Tôi có cần

Duy trì sức khỏe dự phòng

20. Quý vị có tiêm vắc-xin/tiêm phòng cúm hàng năm không? ☐ Có ☐ Không

21. Quý vị đã được tiêm vắc-xin/tiêm phòng Covid trong năm ngoái? ☐ Có ☐ Không

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)

22. Quý vị đã kiểm tra/tầm soát ung thư đại tràng trong 10 năm qua? ☐ Có ☐ Không
23. Quý vị đã làm xét nghiệm pap trong 2 năm qua? ☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng
24. Quý vị đã chụp X-quang vú trong 2 năm qua? ☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng
25. Quý vị có sử dụng thuốc lá (hút thuốc, nhai, hít, hoặc dưới bất kỳ hình thức nào khác) không? ☐ Có ☐ Không
26. Uống rượu có ảnh hưởng đến cuộc sống cá nhân hoặc công việc của quý vị không? ☐ Có ☐ Không
27. Tần suất đau trong tuần qua?
☐ Không đau ☐ Đau một số ngày ☐ Đau mỗi ngày
28. Thuốc kiểm soát cơn đau hay các liệu pháp khác? ☐ Có ☐ Không

Hành vi & sức khỏe tâm thần

29. Trong 2 tuần qua, quý vị có thường xuyên phiền muộn bởi bất kỳ cảm giác nào sau đây không?

Cảm thấy chán nản, trầm cảm, tuyệt vọng	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như mỗi ngày
Ít hứng thú/thích thú trong các hoạt động	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như mỗi ngày
Khóc	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như mỗi ngày
Khó ngủ	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như mỗi ngày
Bồn chồn / Lo âu / Lo lắng	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như mỗi ngày
Kích động / cáu kỉnh / tức giận	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như mỗi ngày
Nghĩ đến việc làm tổn thương bản thân hoặc người khác	☐ Hoàn toàn không ☐ Vài ngày ☐ Hơn một nửa số ngày ☐ Gần như mỗi ngày

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)

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

☐ Có ☐ Không ☐ Không chắc ☐ Không áp dụng

31. Quý vị có những tác nhân gây căng thẳng nào vào lúc này (đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp)?

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

Sử dụng dược chất

32. Quý vị hiện đang sử dụng bất kỳ chất nào không? ☐ Không ☐ Có (Nếu câu trả lời là CÓ, hãy đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp bên dưới)

Dược chất	0 lần	1–2 lần	Hàng tháng	Hàng tuần	Hàng ngày hoặc gần như hàng ngày
Thuốc lá (thuốc lá điếu, vaping, dạng nhai)	☐	☐	☐	☐	☐
Rượu (bia, rượu vang, rượu mạnh)	☐	☐	☐	☐	☐
Cần sa (dạng hút, vape, dạng ăn được)	☐	☐	☐	☐	☐
Thuốc theo toa không được kê cho quý vị (thuốc giảm đau, thuốc kích thích, thuốc an thần)	☐	☐	☐	☐	☐
Ma túy bất hợp pháp (cocaine, meth, heroin, thuốc lắc, v.v.)	☐	☐	☐	☐	☐
Chất hít (chất để hít)	☐	☐	☐	☐	☐
Các dược chất khác: _____	☐	☐	☐	☐	☐

An toàn và rủi ro

33. Quý vị có suy nghĩ làm hại bản thân không?

☐ Không bao giờ ☐ Đôi khi ☐ Thường xuyên

34. Quý vị có suy nghĩ làm hại người khác không?

☐ Không bao giờ ☐ Đôi khi ☐ Thường xuyên

35. Quý vị có dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ không?

☐ Có, mọi lúc ☐ thỉnh thoảng bỏ lỡ ☐ Thường xuyên bỏ lỡ

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)**Nhu cầu văn hóa và ngôn ngữ**

36. Quý vị có xem mình thuộc một tôn giáo hay truyền thống tâm linh không?

- ☐ Chủ nghĩa vô thần/thuyết bất khả tri ☐ Phật giáo ☐ Công giáo ☐ Cơ đốc giáo
☐ Khoa học Cơ đốc giáo ☐ Ấn Độ giáo ☐ Hồi giáo ☐ Chứng nhân Giê-hô-va
☐ Do Thái giáo ☐ Mặc Môn ☐ Khác ☐ Không có/Không liên kết
☐ Tôi không muốn trả lời

37. Ngôn ngữ chính của quý vị là gì?

- ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Hoa ☐ Thổ Ngữ Pháp ☐ Tiếng Hàn
☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tagalog ☐ Tôi không muốn trả lời ☐ Khác

38. Quý vị mô tả sắc tộc của mình như thế nào?

- ☐ Người da trắng ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
☐ Người gốc Tây Ban Nha / Người Mỹ Latin ☐ Người Mỹ bản xứ/Người Alaska bản xứ
☐ Người Châu Á ☐ Người các đảo Thái Bình Dương/Người Hawaii bản xứ
☐ Không xác định ☐ Tôi không muốn trả lời ☐ Khác

Nhân khẩu học

39. Quý vị xác định giới tính của mình là gì?

- ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Liên giới ☐ Chuyển giới ☐ Không theo quy ước ☐ Cá nhân
☐ Hoạn ☐ Tôi không muốn trả lời ☐ Khác _____

40. Quý vị hiện đang sống với ai?

- ☐ Một mình ☐ Con cái ☐ Đại gia đình ☐ Bạn bè ☐ Cha mẹ
☐ Bạn cùng phòng ☐ Anh chị em ☐ Vợ/chồng/Bạn đời ☐ Khác _____

Nhà ở

41. Quý vị có gặp các vấn đề sau đây (đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp)?

- ☐ Bọ ☐ Động vật gặm nhấm ☐ Chì/Amiăng ☐ Nấm mốc ☐ Vấn đề về điện
☐ Vấn đề sưởi ấm ☐ Vấn đề về nước ☐ Nhà ở không an toàn ☐ Không có vấn đề
☐ khác _____

42. Quý vị có truy cập internet không (đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp)?

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

Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của chương trình Champion Plus (t.t.)**Mục tiêu cá nhân**

43. Mục tiêu chính của quý vị đối với sức khỏe chung của quý vị là gì? _____

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

Cảm ơn sự giúp đỡ của quý vị. 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 biểu mẫu đã điền này đến:

Champion Health Plan

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995