

Mẫu đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)

Thông tin này sẽ giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về nhu cầu sức khỏe của quý vị. Các câu trả lời SẼ KHÔNG ảnh hưởng đến quyền lợi của quý vị. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin với (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính của quý vị. Nếu có thắc mắc về mẫu đơn này, vui lòng gọi 1-800-885-8000, TTY 711. Các câu trả lời của quý vị sẽ được sử dụng để cập nhật kế hoạch chăm sóc tùy chỉnh theo cá nhân và kết nối quý vị với nhóm chăm sóc, nhà cung cấp dịch vụ, các quyền lợi và nguồn lực cộng đồng khi cần thiết.

Ngày hôm nay: _____

Ngôn ngữ nói chuyện ưu tiên: _____

Ngôn ngữ văn bản ưu tiên: _____

Quý vị có cần thông dịch viên, chữ in cỡ lớn, chữ nổi Braille hay định dạng khác không?

☐ Không ☐ Có (nêu rõ): _____

Thông tin cá nhân

Tên: _____

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

Số điện thoại tốt nhất: _____

Ngày sinh: _____

ID Medicare: _____

ID Medicaid (Medi-Cal): _____

ID Hội viên Champion Health Plan: _____

Người điền 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 Chương trình đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của Champion Health Plan.

Đánh giá sức khỏe thể chất

1. Quý vị cao bao nhiêu? _____ (Chỉ inch)
2. Quý vị nặng bao nhiêu? _____ (pound)
3. Huyết áp (nếu được đo bởi nhà cung cấp dịch vụ hoặc đã biết): _____
4. Quý vị có lo lắng về sức khỏe của mình không?
☐ Có ☐ Không
5. Quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào?
☐ Xuất sắc ☐ Rất tốt ☐ Tốt ☐ Khá ☐ Kém

Mẫu đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

6. Quý vị có cảm thấy mình vận động/tập thể dục đủ không?
☐ Có ☐ Không
7. Trong 30 ngày qua, mỗi tuần quý vị tập thể dục ở mức độ vừa phải (ví dụ: đi bộ nhanh khiến quý vị thở hổn hển một chút) bao nhiêu ngày?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
8. Trong 12 tháng qua, quý vị có bị té ngã không?
☐ Có ☐ Không
9. Quý vị có cảm thấy không vững khi đi bộ không?
☐ Có ☐ Không
10. Quý vị có lo lắng về việc bị té ngã không?
☐ Có ☐ Không

Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày

11. Quý vị cần trợ giúp đến mức nào đối với những việc sau đây?

Hoạt động	Không cần trợ giúp	Cần trợ giúp	Hoàn toàn không thể làm được
Tắm	☐	☐	☐
Mặc quần áo	☐	☐	☐
Ăn uống	☐	☐	☐
Lên/xuống giường hoặc ghế	☐	☐	☐
Đi bộ	☐	☐	☐
Dùng thuốc	☐	☐	☐
Chuẩn bị bữa ăn	☐	☐	☐
Quản lý tài chính	☐	☐	☐
Phương tiện chuyên chở đến các cuộc hẹn	☐	☐	☐

12. Quý vị có ai giúp mình thực hiện những hoạt động này không?
☐ Không ☐ Gia đình ☐ Bạn bè ☐ Người chăm sóc được trả lương ☐ Khác _____

Mẫu đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)**Hoàn cảnh sinh sống / Người chăm sóc / An toàn tại nhà****13. Quý vị hiện đang sống ở đâu?**

- ☐ Nhà riêng ☐ Cơ sở hỗ trợ sinh hoạt ☐ Viện dưỡng lão ☐ Nhà ở tập thể
☐ Căn hộ ☐ Căn hộ sở hữu riêng ☐ Nhà tái hòa nhập cộng đồng
☐ Khu nhà di động/nhà lưu động ☐ Vô gia cư ☐ Khác _____

14. Quý vị hiện đang sống cùng ai?

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

15. Nếu cần trợ giúp, quý vị có người thân ở gần đó hoặc người chăm sóc nào giúp quý vị không?

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

16. Nếu có người chăm sóc, quý vị có thể chia sẻ thông tin của họ tại đây:

Tên: _____

Mối quan hệ với quý vị: _____ Điện thoại: _____

17. Người chăm sóc của quý vị có cần hỗ trợ hoặc các nguồn lực thay thế tạm thời (thời gian nghỉ ngơi việc chăm sóc) không?

- ☐ Không ☐ Có ☐ Không áp dụng ☐ Tôi không muốn trả lời

Thiết bị y tế**18. Hiện tại quý vị có đang sử dụng bất kỳ thiết bị y tế nào sau đây tại nhà không? (Chọn tất cả các mục phù hợp.)**

- ☐ Khung tập đi ☐ Xe lăn ☐ Giường bệnh viện ☐ Bình oxy ☐ Máy xông khí dung
☐ Vệ sinh di động ☐ Ghế tắm ☐ Máy thở C-pap/Bi-pap ☐ Khác _____

Các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe**19. Ổn định chỗ ở**

Tình hình sinh sống hiện tại của quý vị như thế nào?

- ☐ Tôi có chỗ ở ổn định ☐ Tôi lo lắng về việc mất chỗ ở.
☐ Tôi không có chỗ ở ổn định.

20. An ninh lương thực

Trong 12 tháng qua, quý vị có bao giờ lo lắng rằng thức ăn của mình sẽ hết trước khi có tiền để mua thêm không?

- ☐ Thường xuyên ☐ Thỉnh thoảng ☐ Chưa bao giờ

Mẫu đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)**21. Phương tiện chuyên chở**

Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện chuyên chở có gây khó khăn cho quý vị trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế, thuốc men hoặc các nhu yếu phẩm khác không?

☐ Có ☐ Không

Những rào cản chung đối với việc chăm sóc**22. Quý vị có gặp phải rào cản nào khiến việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết trở nên khó khăn không? (Chọn tất cả các mục phù hợp.)**

☐ Phương tiện chuyên chở ☐ Chi phí thuốc men hoặc dịch vụ y tế
☐ Nhu cầu về ngôn ngữ hoặc giao tiếp ☐ Nhu cầu hỗ trợ người chăm sóc
☐ Các vấn đề về sức khỏe tâm thần ☐ Không có rào cản ☐ Khác: _____

Hỗ trợ nguồn lực**23. Quý vị có cần hỗ trợ kết nối với các nguồn lực cộng đồng hoặc các quyền lợi trong chương trình bảo hiểm không?**

☐ Có ☐ Không ☐ Có lẽ sau này

Tiền sử bệnh án và điều trị lâm sàng**24. Quý vị đã phải nhập viện hoặc vào phòng cấp cứu bao nhiêu lần trong 24 tháng qua?**

☐ 0 lần ☐ 1 lần ☐ 2 lần ☐ 3 lần ☐ Hơn 3 lần

25. Quý vị hiện có mắc phải bất kỳ tình trạng sức khỏe nào sau đây không? (Chọn tất cả các mục phù hợp.)

☐ Viêm khớp, loãng xương hoặc rối loạn xương khớp khác
☐ Ung thư (hiện tại hoặc đã được điều trị trong vòng 5 năm trở lại đây)
☐ Tình trạng đau mạn tính
☐ Tiểu đường
☐ Suy giảm thính lực
☐ Bệnh tim (nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh động mạch vành, nhịp tim không đều)
☐ Huyết áp cao (tăng huyết áp)
☐ Bệnh thận hoặc chạy thận nhân tạo
☐ Bệnh phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, khí phế thũng, hen suyễn, các vấn đề hô hấp mạn tính)
☐ Các vấn đề về trí nhớ, chứng mất trí nhớ hoặc bệnh Alzheimer
☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần (trầm cảm, lo âu, rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt, rối loạn căng thẳng sau chấn thương hoặc các tình trạng sức khỏe hành vi khác): (ghi rõ)

Mẫu đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

- ☐ Ghép tạng (ghi rõ tạng) _____
- ☐ Đột quỵ hoặc rối loạn thần kinh (đột quỵ, bệnh Parkinson, bệnh đa xơ cứng, rối loạn co giật)
- ☐ Suy giảm thị lực
- ☐ Tình trạng sức khỏe quan trọng khác: _____
- ☐ Không có mục nào ở trên

26. Quý vị có gặp khó khăn trong việc mua, sử dụng, hiểu hoặc thanh toán thuốc không?

- ☐ Không ☐ Có (mô tả): _____

27. Tên/số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP): _____

Ngày thăm khám gần đây nhất với PCP: _____

Các hoạt động lập kế hoạch cuộc sống

28. Quý vị có bản chỉ thị chăm sóc sức khỏe trước, di chúc sống hoặc chỉ định của bác sĩ về điều trị duy trì sự sống (POLST) không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Không chắc chắn ☐ Tôi muốn có thông tin

Chăm sóc sức khỏe dự phòng

29. Quý vị đã tiêm đủ các loại vắc-xin và thực hiện khám sàng lọc phòng ngừa theo khuyến cáo chưa, hay quý vị có cần hỗ trợ để lên lịch các hoạt động này không?

- ☐ Có, tôi đã được tiêm phòng và khám sàng lọc đầy đủ (Chọn tất cả các mục phù hợp.)

Vắc-xin: ☐ Cúm ☐ COVID-19 ☐ Viêm phổi ☐ Bệnh zona

☐ Td/Tdap ☐ RSV ☐ Khác _____

Khám sàng lọc phòng ngừa: ☐ Ung thư đại tràng ☐ Ung thư vú

☐ Ung thư cổ tử cung ☐ Khám mắt cho người tiểu đường ☐ A1c ☐ Sức khỏe thận

☐ Nha khoa ☐ Nhãn khoa ☐ Thính giác ☐ Khác _____

- ☐ Không, có thể tôi cần tiêm phòng hoặc khám sàng lọc.

- ☐ Không chắc chắn

- ☐ Tôi cần sự trợ giúp

Đánh giá tình trạng đau

30. Trong tuần vừa qua, cơn đau đã ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày hoặc giấc ngủ của quý vị thường xuyên như thế nào?

- ☐ Chưa bao giờ ☐ Một vài ngày ☐ Hàng ngày

31. Nếu quý vị bị đau, cơn đau ở vị trí nào? _____

Mẫu đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

Sức khỏe tâm thần và hành vi

32. Trong 2 tuần qua, quý vị đã bị làm phiền bởi những cảm giác sau đây thường xuyên như thế nào?

Cảm giác	Hoàn toàn không	Vài ngày	Hơn nửa số ngày	Gần như hàng ngày
Ít hứng thú hoặc niềm vui khi làm mọi việc	☐	☐	☐	☐
Cảm thấy buồn bã, chán nản hoặc tuyệt vọng	☐	☐	☐	☐

33. Hiện tại quý vị có đang có ý nghĩ đến việc làm hại bản thân hoặc người khác không?

☐ Không ☐ Có

Lạm dụng chất gây nghiện

34. Quý vị hiện có đang sử dụng bất kỳ chất nào sau đây không? (Chọn tất cả các mục phù hợp.)

- | | |
|--|--|
| ☐ Các sản phẩm thuốc lá (thuốc lá điếu, xì gà, thuốc lá điện tử, thuốc lá nhai) | ☐ Thuốc bất hợp pháp hoặc thuốc đường phố |
| ☐ Đồ uống có cồn (bia, rượu vang, rượu mạnh) | ☐ Khác: _____ |
| ☐ Marijuana/Cần sa | ☐ Không có mục nào ở trên |
| ☐ Thuốc kê đơn không được bác sĩ kê cho quý vị | ☐ Tôi không muốn trả lời |

35. Quý vị có cần trợ giúp để giảm hoặc ngừng sử dụng bất kỳ chất nào không?

☐ Có ☐ Không ☐ Hiện tại thì không ☐ Không áp dụng ☐ Tôi không muốn trả lời

Mục tiêu cá nhân

36. Mục tiêu chính của quý vị đối với sức khỏe tổng thể là gì?

Chỉ dành cho người chăm sóc

37. Với tư cách là người chăm sóc, mục tiêu chính của quý vị dành cho người thân hoặc khách hàng của mình 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 địa chỉ sau:

Champion Health Plan
5000 Airport Plaza Dr., Ste. 100
Long Beach, CA 90815-1273