

Molina
Enhanced Care Management
Provider Manual
CCA Users
Part 5
January 1, 2024

Table of Contents

<u>ECM Provider Resource Guides</u>	<u>3</u>
<u>Molina Help Finder.....</u>	<u>10</u>
<u>Molina’s Just the Fax.....</u>	<u>12</u>
<u>Molina’s Medi-Cal Member Handbook.....</u>	<u>13</u>
<u>Molina’s Medi-Cal Provider Manual</u>	<u>14</u>
<u>Molina’s ECM Team</u>	<u>14</u>
<u>Attachments.....</u>	<u>14</u>
<u>IHSS Referral form- San Bernardino.....</u>	<u>15</u>
<u>IHSS Referral form SOC295</u>	<u>16</u>
<u>ECM Letter Templates.....</u>	<u>23</u>
Generic UTC Letter.....	30
PCP Care Plan Letter.....	31
PCP Notification Letter.....	32
Decline Letter.....	33
Post Opt-In UTC.....	35
Welcome Letter.....	42
PHQ-9 Notification Letter.....	43
PTSD 5 Provider Letter.....	44
<u>CA HRA Templates in all languages</u>	<u>45</u>
Korean	45
Chinese	56
English	66
Russian	76
Arabic	87
Spanish	97
Persian/Farsi	108
Hmong	118
Armenian	129
Cambodian/Khmer	140
Filipino/Tagalog	151
Vietnamese	162

ECM Provider Resource Guides

All Regions

Department	Telephone Number	Email/Web Link	Hours of Operation
Member Services	1-888-665-4621 (TTY 711)		Available Monday-Friday, 7:00 am - 7:00 pm
<p style="text-align: center;">Transportation Vendor: American Logistics</p> <p>What if a member is unable to be transported to a medical appointment by ordinary means of public or private conveyance (such as but not limited to taxi or car) due to their medical/physical condition?</p> <p>A: Call American Logistics to arrange transportation and, if needed, provide the MD with the Physician Certification Statement Form (PSF) to complete and submit. The form is not a Prior Auth request form and is not needed to arrange transportation.</p>	<p>1-855-944-1370</p> <p>PCS Form: https://www.molinahealthcare.com/providers/ca/medicaid/forms/~media/Molina/PublicWebsite/PDF/Providers/ca/Medical/Physician-Certification-Statement.pdf</p>	<p>Urgent same-day request: Molina_support@americanlogistics.com</p> <p>in an individual email with “Urgent – Same Day Request” in the subject line so that it can be entered immediately.</p>	<p style="text-align: center;">Available Monday-Friday, 7:00 am - 7:00 pm</p> <p>Urgent Appointments only: Available 24 hours a day, 7 days a week.</p> <p>*A minimum of three (3) business day notice is required. Urgent/same-day requests are not guaranteed.</p>

All Regions

Department	Telephone Number	Email/Web Link	Hours of Operation
Interpreter Services <i>(processed through Member Services)</i>	1-888-665-4621 (TTY 711)		Available Monday-Friday, 7:00 am - 7:00 pm
Nurse Advise Line	1-888-275-8750 (English) 1-866-648-3537 (Spanish)		Registered nurses are available 24 hours a day, 7 days a week.
Molina Help Finder		https://molinahelpfinder.com	Molina Help Finder is an online community resource directory for community based organizations and government resources. Access, search, seek, assess, and refer to thousands of programs, community-based resources, and services in every zip code in the United States Available 24 hours a day, 7 days a week.
Molina Healthcare Provider Directory	1-888-665-4621 (TTY 711)	www.MolinaHealthcare.com	The Provider Directory has names, provider addresses, phone numbers, business hours, and languages spoken. It tells if the provider is taking new patients. It gives the level of physical accessibility for the building.
Denti-Cal (for dental services)	1-800-322-6384	https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home	Available Monday-Friday from 8:00 am-5:00 pm

All Regions

Department	Telephone Number	Email/Web Link	Hours of Operation
<p>Pharmacy As of January 1, 2022, Medi-Cal Rx will be responsible to review and authorize Medications</p> <p>Medi-Cal Rx Website: www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov</p> <p>MRx Pharmacy Locator: https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/find-a-pharmacy</p> <p>Meds: https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/cdl</p>	<p>Outpatient Prescription Medications have been carved out to the State and are no longer managed by the Health Plans</p>	<p>How to access the Rx Portal and obtain access:</p> <p>Visit https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/education</p> <p>For Provider Portal registration assistance and training email: MediCalRxEducationOutreach@magellanhealth.com</p>	<p>Medi-Cal Rx Customer Service Center line 1-800-977-2273, 24 hours a day, 7 days a week, 711 for TTY, Monday to Friday, 8:00 am to 5:00 pm</p>

LA County

Department	Telephone Number	Email/Web Link	Hours of Operation
Health Net Member Services is responsible for Eligibility, Transportation, Interpreter, PCP change, Medical Group change, Benefit inquiries, Grievances, and Appeals)	1-800-675-6110 TTY: 1-800-431-0964 or 711		Available 24 hours a day 7 days a week
Transportation American Logistics	1-800-675-6110 TTY: 1-800-431-0964 or 711		Available Monday-Friday, 7 a.m.–7 p.m. *A minimum of three (3) business day notice is required. Urgent/same-day requests are not guaranteed.
Interpreter Services (Processed through Member Services)	1-888-665-4621 (TTY 711)		Available 24 hours a day 7 days a week
Nurse Advice Line	1-888-275-8750 (English) 1-866-648-3537 (Spanish)		Registered nurses are available 24 hours a day, 7 days a week.
BH (Mild to Moderate)	Call Molina Call Center (888) 665-4621		Available Monday-Friday 7 a.m.–7 p.m.
BH SMI (Severe Mental Illness)	800-854-7771 ACCESS		Available 24 hours a day 7 days a week
Mental Health Urgent Care		http://www.dhcs.ca.gov/individuals/pages/mhpcontactlist.aspx	Reference the Mental Health Plans toll-free telephone number available 24 hours a day, 7 days a week.
Substance use Disorder	844-804-7500		

LA County

Department	Telephone Number	Email/Web Link	Hours of Operation
Molina Healthcare Provider Directory	1-888-665-4621 (TTY 711)	www.MolinaHealthcare.com	The Provider Directory has names, provider addresses, phone numbers, business hours, and languages spoken. It tells if the provider is taking new patients. It gives the level of physical accessibility for the building.
Molina Help Finder		https://molinahelpfinder.com	Molina Help Finder is an online community resource directory for community-based organizations and government resources. Access, search, seek, assess, and refer to thousands of programs, community-based resources, and services in every zip code in the United States. Available 24 hours a day, 7 days a week.
<p>Pharmacy As of January 1, 2022, Medi-Cal Rx will be responsible to review and authorize Medications.</p> <p>Medi-Cal Rx Website: www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov</p> <p>MRx Pharmacy Locator: https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/find-a-pharmacy</p>	<p>Outpatient Prescription Medications have been carved out to the State and are no longer managed by the Health Plans.</p>	<p>How to access the Rx Portal and obtain access:</p> <p>For Provider Portal registration assistance and training: https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/education/</p> <p>Email: MediCalRxEducationOutreach@magellanhealth.com</p>	<p>Medi-Cal Rx Customer Service Center Line 1-800-977-2273, 24 hours a day, 7 days a week</p> <p>711 for TTY, Monday to Friday 8 a.m.–5 p.m.</p>

LA County

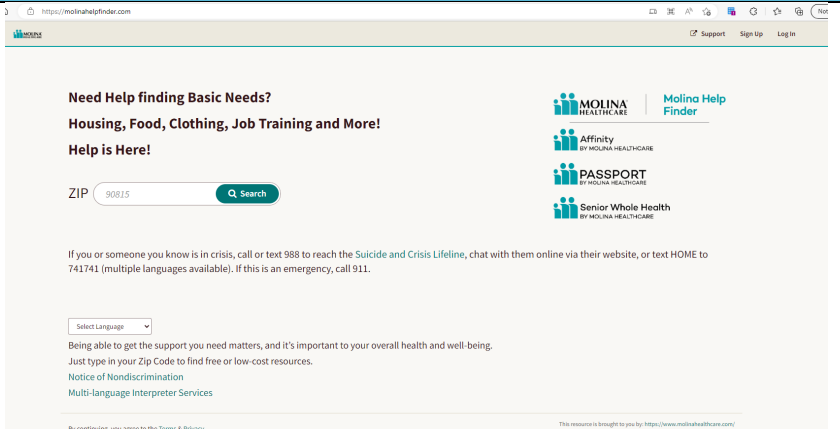
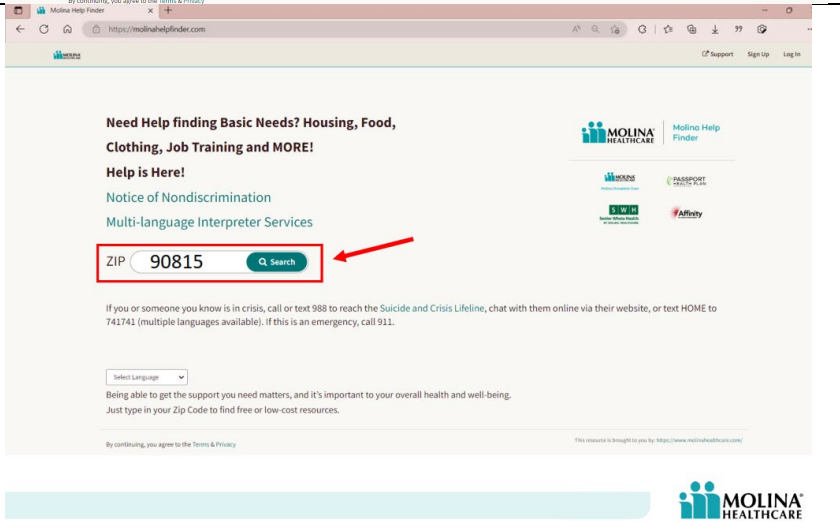
Department	Telephone Number	Email/Web Link	Hours of Operation
Meds: https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/cdl			
Denti-Cal (for dental services)	1-800-322-6384	https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home	Available Monday-Friday 8 a.m.–5 p.m.
March Vision (for vision services)	888-493-4070 (844) 336-2724	https://marchvisioncare.com	
Adult Protective Services	24-Hour Abuse Hotline: (877) 477-3646 General Information, toll-free in LA & Vicinity: (888) 202-4248 APS Mandated Reporter Hotline: (877) 477-3646 or (877) 4-R-Seniors, M-F, 8:30 a.m.-5 p.m.	http://www.cdss.ca.gov/inforesources/County-APS-Offices	24 hours
Child Protective Services	(800) 540-4000	https://www.cdss.ca.gov/Reporting/Report-Abuse/Child-Protective-Services Online Reporting: https://reportChildAbuseLA.org	24 hours

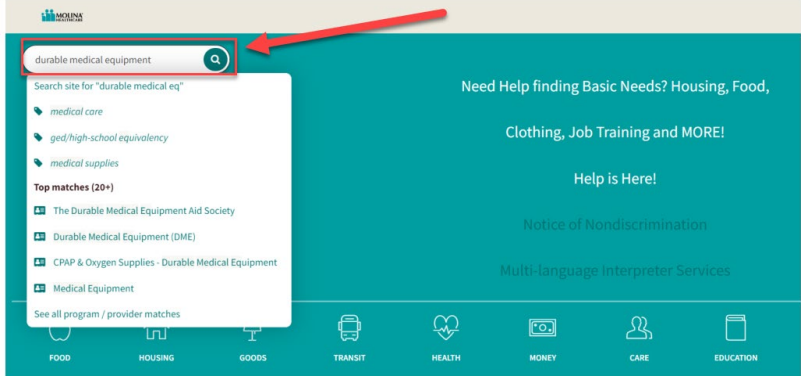
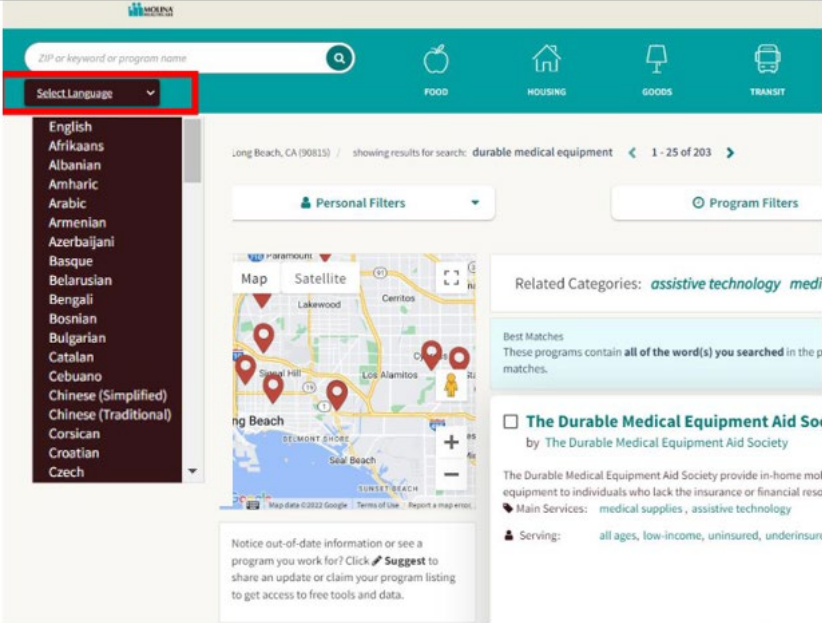
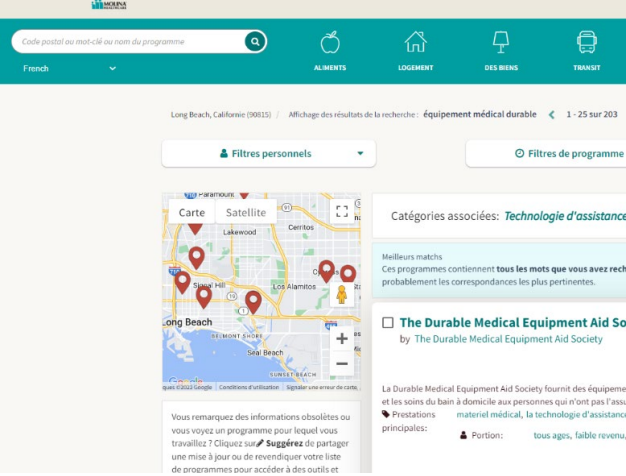
LA County

Group (can call on the status of a Prior Authorization Request)	Telephone Number	Email/Web Link	Hours of Operation
HEALTHCARE LA IPA (MEDPOINT MANAGEMENT MSO)	(818) 702-0100	http://www.medpointmanagement.com	
VALLEY PRESBYTERIAN-PREFERRED IPA OF CALIFORNIA	Phone: (818) 844-8028 Fax: (818) 265-0801	http://preferredipa.com	Monday through Friday 8:30 a.m.–5 p.m.
EL PROYECTO DEL BARRIO INC	(818) 702-0100	http://www.medpointmanagement.com	
GLOBAL CARE MEDICAL GROUP IPA	(818) 702-0100	http://www.medpointmanagement.com	
ALLIED PACIFIC OF CALIFORNIA IPA	(877) 282-8272 (626) 282-0288	http://www.nmm.cc/nmm/en/index.jsp	Monday through Friday 9 a.m.–5 p.m.
ALTAMED IPA	(855) 848-5252 (866) 880-7805	https://www.altamed.org	
ANGELES IPA	(714) 947-8600 Fax: (714) 947-8702	http://www.angelesipa.com	
SOUTH ATLANTIC	(323)725-0167	http://meditab.in:8080/samg/site/index.html	
CAL CARE IPA INC	951-280-7700 855-257-9964 (toll-free) 951-280-8200 (fax)	https://www.calcareipa.com	

Molina Help Finder


The Molina Help Finder is a one-stop social services platform, free (available 24/7), powered by Findhelp (formerly Aunt Bertha) – that assists Molina members in finding the resources and services they need when they need them right in their communities. It’s an online community resource directory for community-based organizations and government resources available to all Molina Providers and Members. ECM Providers can search thousands of programs, community-based resources, and services in every zip code in the United States. The Molina Help Finder is a resource for all counties. The Molina Help Finder’s database spans all domains of need, including food pantries, childcare, education, housing, employment, financial assistance, legal representation, and more.

INSTRUCTIONS	SCREENSHOT
<p>Step 1: Access the Molina Help Finder by clicking the link: https://molinahelpfinder.com/</p>	
<p>Step 2: Enter the zip code under ZIP</p>	

INSTRUCTIONS	SCREENSHOT
<p>Step 3: Conduct a Search</p>	
<p>Step 4: You can also select a different language</p>	
<p>Step 5: Content will change to the selected language</p>	

Molina's Just the Fax

Molina communicated the following **Just the Fax** to their entire network of providers to educate them on CalAim's Enhanced Care Management Program for eligible Medi-Cal beneficiaries with complex medical and social needs. We also wanted to inform our network that our ECM Providers are an extension of Molina. We understand that ECM Providers might experience challenges when contacting providers to request member information, such as treatment plans and medication information, to support care coordination needs and comply with our ECM requirements. ECM Providers can reference this communication when dealing with providers unaware of our ECM Program.



JUST THE FAX

December 29, 2022 | Page 1 of 3

THIS CA UPDATE HAS BEEN SENT TO THE FOLLOWING:

COUNTIES:

- Imperial
- Riverside/San Bernardino
- Los Angeles
- Orange
- Sacramento
- San Diego

LINES OF BUSINESS:

- Molina Medi-Cal Managed Care
- Molina Medicare Options Plus
- Molina Dual Options Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
- Molina Marketplace (Covered CA)

PROVIDER TYPES:

- Medical Group/ IPA/MSO**
- Primary Care**
- IPA/MSO
- Directs
- Specialists**
- Directs
- IPA
- Hospitals**
- Ancillary**
- CBAS
- SNF/LTC
- DME
- Home Health
- Other

Enhanced Care Management Benefit for Medi-Cal Beneficiaries with Complex Medical & Social Needs

This is an advisory notification to Molina Healthcare of California (MHC) network providers. Per the Department of Health Care Services (DHCS) guidance, beginning January 1, 2023, Molina Healthcare of California will add two additional populations of focus to the Enhanced Care Management (ECM) benefit; Adults Living in the Community and At Risk for LTC Institutionalization and Adult Nursing Facility Residents Transitioning to the Community.

WHAT IS ECM?

Enhanced Care Management (ECM) is a statewide benefit to serve eligible Medi-Cal beneficiaries with complex medical and social needs through systematic coordination of services and comprehensive intensive care management that is community based, interdisciplinary, high touch, and person-centered.

The ECM benefit built on the previous Health Homes Program (HHP) and Whole Person Care (WPC) Pilots. ECM, along with Community Supports (CS), has replaced both initiatives, scaling up the interventions to form a statewide care management approach. ECM offers comprehensive, whole person care management to high-need, high-cost Medi-Cal Managed Care Members, with the overarching goals of improving care coordination, integrating services, facilitating community resources, addressing SDOH, improving health outcomes and decreasing inappropriate utilization and duplication of services.

ECM includes the provision of the following core services:

- Outreach and Engagement
- Comprehensive Assessment & Care Plan
- Health Promotion
- Comprehensive Transitional Care
- Enhanced Coordination of Care
- Individual and Family/Social Supports
- Coordination of & Referral to Community & Social Services

POPULATIONS OF FOCUS

DHCS has identified specific target populations with qualifying criteria for the ECM benefit. Members who are newly accessing the benefit must meet the qualifying criteria for these Populations of Focus to receive the ECM benefit.

The following ECM Populations of Focus were implemented 1/1/2022:

- **Individuals and Families Experiencing Homelessness** (Riverside, San Bernardino, Sacramento, San Diego, Imperial and Los Angeles)
- **High Utilizer Adults** (Riverside, San Bernardino, Sacramento, San Diego, Imperial and Los Angeles)
- **Adults with SMI/SUD** (Riverside, San Bernardino, Sacramento, San Diego, Imperial and Los Angeles)

If you are not contracted with Molina and wish to opt out of the Just the Fax, email: mhcproviderjustthefax@molinahealthcare.com

Please include provider name and fax number and you will be removed within 30 days.

- **Individuals transitioning from Incarceration** (Los Angeles and Riverside ONLY, accepting external referrals for Sacramento and San Diego)
- **Adults with Intellectual or Developmental Disabilities (I/DD)** (Riverside, San Bernardino, Sacramento, San Diego, Imperial and Los Angeles) AND met criteria for another population of focus
- **Adult Pregnant and Postpartum at risk for Adverse Perinatal Outcomes** (Riverside, San Bernardino, Sacramento, San Diego, Imperial and Los Angeles) AND met criteria for another population of focus

The following ECM Populations of Focus will be implemented 1/1/2023:

- **Adults Living in the Community and At Risk for LTC Institutionalization** (Riverside, San Bernardino, Sacramento, San Diego, Imperial and Los Angeles)
- **Adult Nursing Facility Residents Transitioning to the Community** (Riverside, San Bernardino, Sacramento, San Diego, Imperial and Los Angeles)

MEMBER IDENTIFICATION AND REFERRAL

Molina identifies members who meet the DHCS criteria for the POFs specified and an assigned ECM provider will conduct outreach to the member. Members must opt-in to receive the benefit and through this process, they consent to information sharing for the provision of ECM services.

Members may also be referred to ECM using the Molina ECM Referral form, which is available on the Molina provider website. We also accept any other referral forms used county-wide or by other health plans.

ECM PROVIDERS AND CARE COORDINATION

Members are assigned to an ECM provider and Lead Care Manager, who is responsible for coordinating all aspects of the members medical, behavioral health and social needs. The intensive care coordination services provided by the ECM provider are designed to offer an extra layer of support for members with complex medical and social needs.

Molina has contracted with ECM providers that have a wide variety of expertise, including but not limited to, medical groups, community-based organizations, homeless services agencies, and county behavioral health departments.

ECM providers will encourage members to visit their doctors, be compliant with their treatment plans and help arrange transportation or accompany members to the doctor at a member's request.

Molina's contracted ECM providers are an extension of Molina Healthcare of California – they are your partners in assisting our members with their needs. For members enrolled in ECM, you may be contacted by an ECM provider to coordinate care for the member, and they may request information, such as treatment plans, medication information, etc. to support care coordination needs and comply with ECM requirements. ECM providers may also share information with you regarding the member, especially with regards to authorizations or medications.

We are excited to expand the ECM benefit to additional populations of focus and appreciate your partnership and support in providing quality care for our members.

For additional detail on the ECM benefit, please reference the DHCS ECM Policy Guide on the DHCS CalAIM website: <https://www.dhcs.ca.gov/Documents/MCOMD/ECM-Policy-Guide-Updated-May-2022-v2.pdf>

*If you are not contracted with Molina and wish to opt out of the Just the Fax, email:
mhcproviderjustthefax@molinahealthcare.com
Please include provider name and fax number and you will be removed within 30 days.*

Molina's Medi-Cal Member Handbook

The 2023 Member Handbook (also known as the Evidence of Coverage, EOC) is located on Molina's public website (see link below):

<https://www.molinahealthcare.com/members/ca/en-us/-/media/Molina/PublicWebsite/PDF/members/ca/en-us/Medi-Cal/2023-English-Spanish-EOC.pdf>

We urge our ECM Providers to review the latest Member Handbook for more information on member benefits and additional resources.

Molina’s Medi-Cal Provider Manual

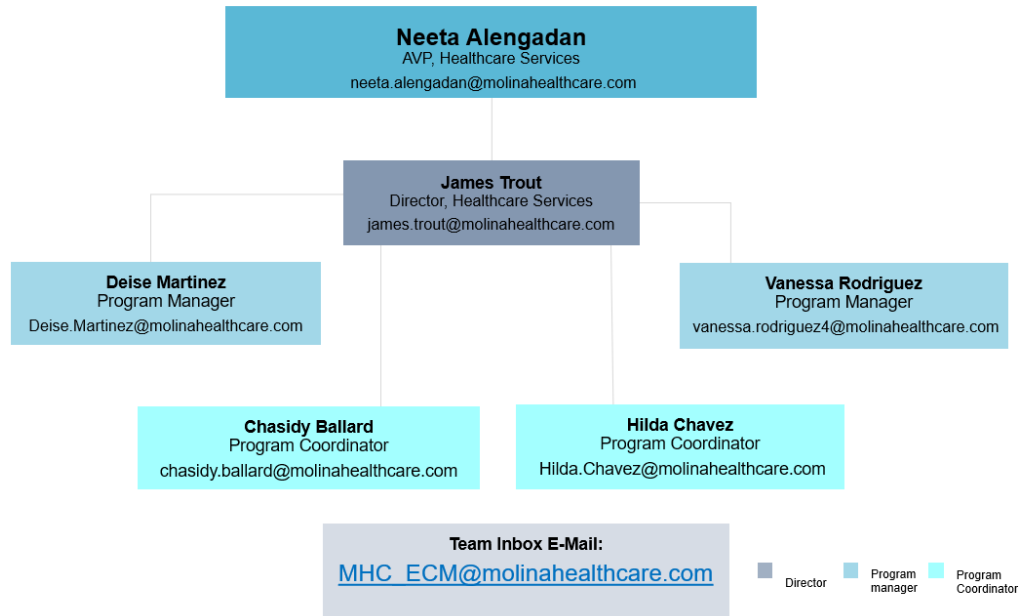
Molina’s Medi-Cal Provider Manual is an extension of our ECM Providers contract. The Medi-Cal Provider Manual contains policies, procedures, and regulatory/contractual requirements to support you in providing comprehensive care to our members and understanding our programs and processes. The latest Molina Medi-Cal Provider Manual is located on Molina’s public website (see link below):

<https://www.molinahealthcare.com/providers/ca/medicaid/manual/medical.aspx>

Molina’s ECM Team

For questions regarding Molina’s ECM Program, please contact Molina’s ECM Team Inbox:

MHC_ECM@molinahealthcare.org. If you don’t receive a response within 24-48 hours, please escalate to Molina’s ECM Team (listed below):



Attachments

Review the attachments below:

- CA HRA Templates in all languages
- ECM Letter Templates
- IHSS Referral form- San Bernardino
- IHSS Referral form SOC295



Application Date: Walk In [] Referral Taken By: Phone Number:
SECTION 1 - APPLICANT INFORMATION
First Name: MI: Last Name: SSN: DOB:
Home address: City: Zip Code: Phone Number: Type: Home [] Cell [] Message []
Mailing address same as home address [] Mailing Address (If different than home address):
Gender: Male [] Female [] Ethnicity: Spoken Language: Written Language:
Marital Status: Single [] Married [] Widowed [] Divorced [] Separated [] Minor [] Applicant Income: \$ Income Source:
SECTION 2 - REFERRING PARTY/CONSENT
Referring Party: Name: Relationship: Phone Number:
Consent for IHSS Application given by: Client [] Other [] Who: No Consent [] Why?:
Emergency Contact NOT living in household: Name: Relationship: Phone Number:
SECTION 3 - HOUSEHOLD COMPOSITION
Number of Adults in the Home: Number of Minors in the Home:
List Persons in the home First and Last Name Relationship SSN/DOB (only needed for parent/guardian of minor child who needs to apply for Medi-Cal) Receiving IHSS
Potential Safety Concerns: Health Precaution [] Pets [] Gated [] Hearing Impaired [] Visually Impaired [] Other [] Please List:
SECTION 4 - REASONS FOR REFERRAL
Have you had a medical emergency in the last 2 months: No [] Yes [] Please explain:
Were you hospitalized for at least 2 days within the last 2 months? No [] Yes [] Are you currently in the hospital? No [] Yes []
Do you currently receive hospice or in-home nursing? No [] Yes [] What services are provided?
Medical Equipment Used (Example: cane, wheelchair, feeding tube, oxygen):
Assistance needed with (Please check all that apply - the IHSS Social Worker will still assess for all services):
[] Ambulation [] Bathing/Grooming [] Bowel & Bladder [] Domestic [] Dressing
[] Feeding [] Laundry [] Meal Prep [] Medication Management
[] Protective Supervision [] Shopping/Errands [] Transfer [] Transportation to Doctor
[] Other, Please list:
Do you have someone currently helping you? No [] Yes [] Name: Relationship: Phone Number:
County Use Only No Medi-Cal [] Foster Care [] Adoption Assistance Program (Pseudo SSN) [] Previous IP [] Recipient [] Case # Date closed

Fax completed IHSS Screening/Referral Form to CIU: (909) 948-6560 or email to: DAASCIU (DAASCIU@hss.sbcounty.gov). Maintain original in District Office.

APPLICATION FOR SOCIAL SERVICES

To the Applicant: All sections of this form must be completed. Information provided is subject to verification.

NOTE: Retain your copy of your completed application. Regarding your Social Security Number, it is mandatory that you provide your Social Security Number(s) as required in 42 USC 405 and MPP Section 30-769.71. This information will be used in eligibility determination and coordinating information with other public agencies.

Date of Application:	Case Number (if known):
----------------------	-------------------------

Section 1 – Personal Information

Name:		Social Security Number:
Street Address:		City:
State:	Zip Code:	Telephone:
Birthdate:		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

Section 2 – Veteran Information

Are you a Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you a Spouse/Child of a Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If YES, give Veteran name and Claim Number:	

Section 3 – SSI/SSP Information

Do you receive SSI/SSP benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, check your type of living arrangement: <input type="checkbox"/> Independent Living <input type="checkbox"/> Board and Care <input type="checkbox"/> Home of Another
Services being requested:

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Section 4 – Past IHSS Information

Have you received In-Home Support Services (IHSS) in the past? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If Yes, complete the following. Date and county where service was last received:	
Total Monthly Hours:	Name Used (if different from above):

Section 5 – Household Information

List Family Members in Household:

Name of: <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Parent	
Birthdate:	Social Security Number:
Name of: <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other Relative	
Birthdate:	Social Security Number:
Name of: <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other Relative	
Birthdate:	Social Security Number:
Name of: <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other Relative	
Birthdate:	Social Security Number:
Name of: <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other Relative	
Birthdate:	Social Security Number:

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

I am Visually Impaired:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
-------------------------	------------------------------	-----------------------------

If **yes**, please choose one of the following for each of the three types of DSS documents listed.

For Notices of Action: <input type="checkbox"/> No accommodation is needed <input type="checkbox"/> 18 Point font documents <input type="checkbox"/> Audio CD <input type="checkbox"/> Data CD <input type="checkbox"/> County Support (If County Support, describe requested support)
For IHSS Required forms: <input type="checkbox"/> No accommodation is needed <input type="checkbox"/> 18 Point font documents <input type="checkbox"/> Audio CD <input type="checkbox"/> Data CD <input type="checkbox"/> County Support (If County Support, describe requested support)
For Timesheets: <input type="checkbox"/> No accommodation is needed <input type="checkbox"/> 18 point font documents <input type="checkbox"/> County Support (If County Support, describe requested support, including blind-only services)

Section 8 – Affirmation

I affirm that the above information is true to the best of my knowledge and belief. I agree to cooperate fully if verification of the above statements is required in the future.

I also understand that as the employer of my IHSS provider(s) I am responsible for:

- 1) Hiring, training, supervising, scheduling and, when necessary, firing my provider(s).
- 2) Ensuring the total hours reported by all providers who work for me do not exceed my IHSS authorized hours each month.
- 3) Referring any individual I want to hire to the County IHSS office to complete the provider eligibility process.
- 4) Notify the County IHSS office when I hire or fire a provider.

In addition, I understand and agree to the following terms and limitations regarding payment for services by the IHSS program:

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

- 1) In order for any individual to be paid by the IHSS program, they must be approved as an IHSS eligible provider.
- 2) If I choose to have an individual work for me who has not yet been approved as an eligible IHSS provider, I will be responsible for paying him/her if he/she is not approved.
- 3) The IHSS program will not pay for any services provided to me until my application for services is approved and then will only pay for those services that are authorized for me to receive by the IHSS Program.
- 4) I will be responsible for paying for any services I receive that are not included in my IHSS authorization.

I also understand and agree to cooperate with the following as a part of my eligibility for IHSS:

To promote program integrity, I may be subject to unannounced visits to my home and that I or my provider(s) may receive letters identifying program requirement concerns from the State Department of Health Care Services (DHCS), California Department of Social Services (CDSS) and/or the County in which I receive services.

The purpose of the visits and letters is to ensure that program requirements are being followed and that the authorized services are necessary for you to remain safely in your home. The visit will also verify that the authorized services are being provided, that the quality of those services is acceptable, and that your well-being is protected.

If it is found that IHSS services are not required or not being properly provided, you and/or your provider may be subject to a Medi-Cal fraud investigation. If fraud is substantiated, you and/or your provider will be prosecuted for Medi-Cal fraud.

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Section 9 – Signature(s)

Signature of Applicant:		Date:
Signature of Applicant’s Representative (only if applicable):		Date:
Representative’s Relationship to Applicant (only if applicable):	Representative Telephone Number (only if applicable):	
Representative’s Address (only if applicable):		

To report suspected fraud or abuse in the provision or receipt of IHSS services, please call the fraud hotline at 1-800-822-6222, email at stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, or go to <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

FOR AGENCY USE ONLY

Income Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Status Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Verification:
Signature of Social Worker or Agency Representative:		Telephone Number:
Recipient Status: <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Cuban/Haitian Entrant <input type="checkbox"/> Neither	Source of Verification for Refugee or Entrant Status (explain):	

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ethnic Codes:

- 1. White.
- 2. Hispanic.
- 3. Black.
- 4. Other Asian or Pacific Islander.
- 5. American Indian or Alaskan Native.
- 7. Filipino.
- C. Chinese.
- H. Cambodian.
- J. Japanese.
- K. Korean.
- M. Samoan.
- N. Asian Indian.
- P. Hawaiian.
- R. Guamanian.
- T. Laotian.
- V. Vietnamese.

Language Codes:

- O. American Sign Language (AMISLAN or ASL).
- 1. Spanish - NOA will be issued in Spanish.
- 2. Cantonese.
- 3. Japanese.
- 4. Korean.
- 5. Tagalog.
- 6. Other non-English.
- 7. English.
- 9. Spanish - NOA will be issued in English.
- A. Other Sign Language.
- B. Mandarin.
- C. Other Chinese Languages.
- D. Cambodian.
- E. Armenian.
- F. Ilacano.
- G. Mien.
- H. Hmong.
- I. Lao.
- J. Turkish.
- K. Hebrew.
- L. French.
- M. Polish.
- N. Russian.
- P. Portuguese.
- Q. Italian.
- R. Arabic.
- S. Samoan.
- T. Thai.
- U. Farsi.
- V. Vietnamese.



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Member Name>

<Member Address Line 1>

<Member Address Line 2>

Dear <Member Name>:

Molina Healthcare and <ECM Provider Name> aim to keep you healthy. We want to improve your wellbeing. The Enhanced Care Management (ECM) benefit provides coordination of care and services. ECM offers services and resources to help meet your needs. This benefit is available at no cost to you.

Care Plan

Thank you for speaking with me about your needs. Enclosed is a copy of your care plan. Please review your care plan and continue working on the goals we discussed. I will keep in contact with you and can give you support to help you meet your goals.

Care Team

You can contact me to ask for an ECM care team meeting. A care team includes individuals that are involved in your care. You can choose who may join the team. The team can meet to discuss your concerns. The meeting may be in person or by phone. The team can give ideas to help manage your health.

Other services Molina offers:

- *Nurse Advice Line.*
Nurses can answer health questions or concerns. This service does not replace the care from a doctor. This service is available at no cost to you. Call (888) 275-8750, TTY users can dial 711. This service is open 24 hours a day, 7 days a week, local time.
- *Member Services Contact Center.*
Customer service agents can help with plan benefits and services. An agent can help you choose or change your primary care doctor. Call (888) 665-4621, TTY users can dial 711. Hours are 7 a.m. to 7 p.m. local time, Monday – Friday.
- *Transport Services.*
Rides for Medi-Cal covered services are available. Schedule your ride at least 3 days before the visit. Limits may apply. Call American Logistics Transportation at (844) 292-2688, TTY users can dial 711. Hours are 8 a.m. to 8 p.m. local time, Monday – Friday.

Please contact me if you have any questions about the program or your care plan. Call <(XXX) XXX-XXXX-XXXXXX>, TTY users can dial 711. Our hours are <8:00 a.m. to 5:00 p.m. local time, Monday – Friday>. If there is no answer, you may leave a voicemail. Be sure to say your name, phone number, and the best time to call you back.

Sincerely,

<Name>

<ECM Provider Name>



NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. *Molina Healthcare follows* State and Federal civil rights laws. *Molina Healthcare* does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Molina Healthcare provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact *Molina Healthcare 7:00am-7:00pm* by calling 1-888-665-4621. If you cannot hear or speak well, please call 711. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate, Suite 100
Long Beach CA 90202

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that *Molina Healthcare* has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with *Molina Healthcare's Civil Rights Coordinator*. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

Send with all notices

- By phone: Contact *Molina Healthcare's Civil Rights Coordinator* between 8:30-5:30 p.m. by calling 1-866-606-3889. Or, if you cannot hear or speak well, please call 711
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

*Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate, Suite 100
Long Beach CA 90202*

- In person: Visit your doctor's office or *Molina Healthcare* and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit *Molina Healthcare's* website at www.molinahealthcare.com.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

Send with all notices

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



"TAGLINES"

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language 1-888-665-4621 (TTY: 711) . Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-665-4621 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-665-4621 (711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. (711). اتصل بـ 1-888-665-4621 (711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն տիպար (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Կան նաև օմանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

បាសម្ភាសំជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពង្រីក ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-665-4621 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-665-4621 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Send with all notices

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाला लोगो के लिए सहायता और सहायता जैसे शब्द और बड़पिठ में भी दस्तावेज उपलब्ध हैं। 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें। या सहायता: शुल्क है।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu 1-888-665-4621 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ຕໍ່ຊັ້ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-665-4621 (711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-665-4621 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਪੜ੍ਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਪੇਂਟਿੰਗ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਾਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711). ਇਹ ਪੇਂਟਿੰਗ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Send with all notices

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सहायता जैसे शब्द और बड़प्पन में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें। या सहायता: शुल्क है।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu 1-888-665-4621 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711). Cov kev pab cuam nrog yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ຕໍ່ຊັ້ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-665-4621 (711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-665-4621 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਪਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਪੇਂਟਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਾਤਾਵੇਜ਼, ਦੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711). ਇਹ ਪੇਂਟਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Member Name>

<Member Address Line 1>

<Member Address Line 2>

Dear <Member Name>,

I have tried to call you and have been unable to reach you. I have important information for you. Please call me at:

**<(XXX)XXX-XXXX, ext. XXXXXX>,
<Monday through Friday, between 8:00 am and 5:00 pm, TTY: 711.>**

If I do not answer, this is because I am on the phone with other members. Please leave a message with a phone number where I can reach you. Also, let me know the best time to call you. Thank you!

I hope to hear from you soon.

Sincerely,

<Staff Name>

<Molina Healthcare of California or ECM Provider Name>



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Provider Name>
<Provider Address Line 1>
<Provider Address Line 2>

Dear <Provider Name>:

[Member ID: <0000000000>]
[Member Name: <Member Name>]
[Member Date of Birth: <Date of Birth>]
[Member Address: <Street Address>
[<City, State Zip>]
[Member Phone Number: <(000) 000-0000>]

Molina Healthcare aims to collaborate with you in the care of our members. The member referenced in this letter is currently participating in Enhanced Care Management (ECM). Through ECM, members are assigned to an ECM Provider that will assist with case management and care coordination needs. The ECM Provider is a care coordination team and will work together with you, the Primary Care Physician, as well other providers and community organizations. This program offers an additional layer of support for the member.

We ask for your participation in the development and implementation of this member's care plan. We have enclosed a copy of member's care plan for your review. Please call <ECM Provider> at <(XXX) XXX-XXXX - XXXXXX> to get connected with the Lead Care Manager or to request a care team meeting. Our hours are <8:00 a.m. to 5:00 p.m. local time, Monday – Friday>.

We look forward to collaborating with you.

Sincerely,

<Staff Name>
<ECM Provider Name>



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Provider Name>

<Provider Address Line 1>

<Provider Address Line 2>

Dear <PCP Name>,

[Member ID: <0000000000>]
[Member Name: <Member Name>]
[Member Date of Birth: <Date of Birth>]
[Member Address: <Street Address>
[<City, State Zip>]
[Member Phone Number: <(000) 000-0000>]

This notice is to inform you that your member, <Insert Member Name>, has agreed to enroll in Enhanced Care Management (ECM) through Molina.

The member will be receiving supportive case management services through ECM. As part of the program, the assigned Lead Care Manager will assist the member with:

- Finding doctors and get appointments for health-related services;
- Better understand and tracking of medications;
- Scheduling transportation;
- Finding and applying for community-based services based on identified needs, such as housing supports or medically nutritious food; and
- Get follow-up care after discharging from the hospital.

The Lead Care Manager will be working with the member to develop an individualized care plan. The care plan will be shared with you for your input and feedback as a key member of the care team. The Lead Care Manager may also reach out to you for care coordination purposes as they work with the member on achieving their goals.

Enrollment in ECM is offered at no cost to the member and does not impact assignment to you as a PCP or any of the benefits offered under the Medi-Cal program. We believe you will find ECM is helpful in supporting positive outcomes for your assigned member. Thank you for your collaboration and support in caring for our members.

If you have any questions about ECM, please contact Molina Member Services at 1 (888) 665-4621, Monday through Friday, from 7:00 AM to 7:00 PM, TTY: 711.

Sincerely,

Molina Healthcare of California

<Date>

<Member Name>

<Member Address Line 1>

<Member Address Line 2>

Dear <Member Name>:

Molina Healthcare aims to keep you healthy. The Enhanced Care Management (ECM) benefit provides coordination of care and services.

I understand you no longer want to take part in ECM. This does not affect your membership to the health plan.

If you want to re-enroll in ECM, please contact Molina Member Services at (888) 665-4621, TTY users can dial 711. Our hours are 7:00 a.m. to 7:00 p.m. local time, Monday – Friday.

Other services Molina offers:

- *Nurse Advice Line.*
Nurses can answer health questions or concerns. This service does not replace the care from a doctor. This service is available at no cost to you. Call (888) 275-8750, TTY users can dial 711. This service is open 24 hours a day, 7 days a week, local time.
- *Member Services Contact Center.*
Customer service agents can help with plan benefits and services. An agent can help you choose or change your primary care doctor. Call (888) 665-4621, TTY users can dial 711. Hours are 7 a.m. to 7 p.m. local time, Monday – Friday.
- *Transport Services.*
Rides for Medi-Cal covered services are available. Schedule your ride at least 3 days before the visit. Limits may apply. Call American Logistics Transportation at (844) 292-2688, TTY users can dial 711. Hours are 8 a.m. to 8 p.m. local time, Monday – Friday.

Sincerely,

<Name>

<Staff Title>

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Molina Healthcare follows State and Federal civil rights laws. Molina Healthcare does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Molina Healthcare provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact Molina Healthcare between 7:00 a.m.-7:00 p.m. by calling 1-888-665-4621. Or, if you cannot hear or speak well, please call 711.



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Member Name>
<Member Address Line 1>
<Member Address Line 2>

Dear <Member Name>

I have been unable to reach you at <(XXX) XXX-XXXX>. I want to help you reach your health goals we've been working on together through Enhanced Care Management (ECM).

Please contact me as soon as possible. Call <(XXX) XXX-XXXX - XXXXXX>, TTY users can dial 711. Our hours are <8:00 a.m. to 5:00 p.m. local time, Monday – Friday>. If there is no answer, you may leave a voicemail. Be sure to say your name, phone number, and the best time to call you back.

Sincerely,

<Staff Name>
<ECM Provider Name>

<Date>

<Member Name>

<Member Address Line 1>

<Member Address Line 2>

Dear <Member Name>:

Molina Healthcare aims to keep you healthy. The Enhanced Care Management (ECM) benefit provides coordination of care and services.

I understand you no longer want to take part in ECM. This does not affect your membership to the health plan.

If you want to re-enroll in ECM, please contact Molina Member Services at (888) 665-4621, TTY users can dial 711. Our hours are 7:00 a.m. to 7:00 p.m. local time, Monday – Friday.

Other services Molina offers:

- *Nurse Advice Line.*
Nurses can answer health questions or concerns. This service does not replace the care from a doctor. This service is available at no cost to you. Call (888) 275-8750, TTY users can dial 711. This service is open 24 hours a day, 7 days a week, local time.
- *Member Services Contact Center.*
Customer service agents can help with plan benefits and services. An agent can help you choose or change your primary care doctor. Call (888) 665-4621, TTY users can dial 711. Hours are 7 a.m. to 7 p.m. local time, Monday – Friday.
- *Transport Services.*
Rides for Medi-Cal covered services are available. Schedule your ride at least 3 days before the visit. Limits may apply. Call American Logistics Transportation at (844) 292-2688, TTY users can dial 711. Hours are 8 a.m. to 8 p.m. local time, Monday – Friday.

Sincerely,

<Name>

<Staff Title>

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Molina Healthcare follows State and Federal civil rights laws. Molina Healthcare does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Molina Healthcare provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact Molina Healthcare between 7:00 a.m.-7:00 p.m. by calling 1-888-665-4621. Or, if you cannot hear or speak well, please call 711.

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that Molina Healthcare has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Molina Healthcare's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Molina Healthcare's Civil Rights Coordinator between 8:30 a.m.-5:30 p.m. by calling **1-866-606-3889**. Or, if you cannot hear or speak well, please call **711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

**Molina Healthcare of California
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Fax: 310-507-6186**

- **In person:** Visit your doctor's office or Molina Healthcare and say you want to file a grievance.
 - **Electronically:** Visit Molina Healthcare's website at www.molinahealthcare.com or email civil.rights@molinahealthcare.com.
-

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

Michele Villados



**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Electronically:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex , you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-665-4621 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-665-4621 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-665-4621 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-665-4621 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-665-4621 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ Երե խոսու մ եր հայ երեն , ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակախ աջակցություն ծառայություններ : Զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY (հեռառիպ)՝ 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-665-4621 (телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711) 1-888-665-4621 تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-665-4621 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-665-4621 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

آري برعلا (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-665-4621

(رقم هاتف الصم والبكم: 711).

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវន៍នួយខ្លួនភាសា ដោយមិនគិតល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໄປດຣາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍ່ລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,

ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-665-4621 (TTY: 711).



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Member Name>

<Member Address Line 1>

<Member Address Line 2>

Dear <Member Name>,

Thank you for enrolling in Enhanced Care Management (ECM). Your ECM provider is <ECM Provider Name>. A Lead Care Manager from < ECM Provider Name > will be calling you to find how we can help you. You may also contact them directly at <(XXX) XXX-XXXX> - <XXXXXXX>.

We believe you will find ECM helpful to get the care you need. We will work with you and your doctor to help you. Thank you again for your participation in ECM.

Sincerely,

<Staff Name>

<Molina Healthcare of California>



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Provider Name>
<Provider Address Line 1>
<Provider Address Line 2>

Dear <PCP Name>,

[Member ID: <0000000000>]
[Member Name: <Member Name>]
[Member Date of Birth: <Date of Birth>]
[Member Address: <Street Address>
[<City, State Zip>]
[Member Phone Number: <(000) 000-0000>]

Molina Healthcare Enhanced Care Management (ECM) Lead Care Managers routinely engage our members in biopsychosocial assessments which include screening for depression. Your patient, **XXXXXXXXXX**, with a birthdate of **XX/XX/XXXX**, scored **X** on a validated depression screening tool called the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9).

PHQ9 scores are associated with treatment recommendations as outlined below:

PHQ 9 Depression Screening Interpretation and Recommendations		
Total Score	Level of Risk	Recommendations for Follow up
0-4	None	Dialogue about any increase in symptoms
5-9	Mild	Watchful waiting. Repeat screening at follow up
10-14	Moderate	Treatment plan, consider counseling, follow up and/or pharmacotherapy
15-19	Moderately severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and/or psychotherapy
20-27	Severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and, if severe impairment or poor response to therapy, expedited referral to a mental health specialist for psychotherapy and/or collaborative management.

If you need any support from the health plan regarding connecting to a specialist, please contact us. In addition if your patient or their family needs additional support, please refer to your local National Alliance on Mental Illness (NAMI).

Thank you for your willingness to follow up on the results of the screening.

NAME OF ECM LCM
Molina Healthcare **ECM Provider**
Telephone Number: **XXX - XXX - XXXX** ext. **XXXX**

Sincerely,
Molina Healthcare of California



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<Date>

<Provider Name>

<Provider Address Line 1>

<Provider Address Line 2>

Dear <PCP Name>,

[Member ID: <0000000000>]
[Member Name: <Member Name>]
[Member Date of Birth: <Date of Birth>]
[Member Address: <Street Address>]
[<City, State Zip>]
[Member Phone Number: <(000) 000-0000>]

Molina Healthcare Enhanced Care Management (ECM) Lead Care Managers routinely engage our members in biopsychosocial assessments. Your patient, **XXXXXXXXXX**, with a birthdate of **XX/XX/XXXX**, has scored **X** on a validated screening tool called the Primary Care Post Traumatic Stress Disorder-5 (PC PTSD-5). The PC PTSD-5 contains five questions that ask about past traumatic experiences and current or recent symptoms of stressor-related disorders. It is recommended that people who score a **3 or above** receive further psychological evaluation and linkage with support and treatment respective to their individual needs and preferences.

If you need any support from the health plan regarding connecting to a specialist, please contact us. In addition if your patient or their family needs additional support, please refer to your local National Alliance on Mental Illness (NAMI).

Thank you for your willingness to follow up on the results of the screening.

NAME OF ECM LCM
Molina Healthcare **ECM Provider**
Telephone Number: **XXX - XXX - XXXX** ext. **XXXX**

Sincerely,

Molina Healthcare of California

<p>회원 이름:</p> <p>본 설문조사를 작성한 사람:</p> <p>설문조사 작성자의 전화번호:</p> <p>회원과의 관계:</p>	<p>회원의 자택 전화번호:</p> <p>회원의 휴대전화 번호:</p> <p>회원의 의료보험 ID:</p> <p>회원의 생년월일: / /</p> <p>오늘 날짜: / /</p>
--	---

문항	답변
----	----

1.	영어 이외에 다른 언어가 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 아랍어 <input type="checkbox"/> 크리올어 <input type="checkbox"/> 불어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 소말리아어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 다른 언어
2.	다른 언어일 경우, 기재해 주십시오.	
3.	우리가 알고 있어야 하는 특별한 선호사항이 있습니까?	<p>해당 사항에 모두 체크:</p> <input type="checkbox"/> 문화적 선호 문화적 선호에 대해 상세히 설명해 주십시오. _____ <input type="checkbox"/> 청각장애 청각장애에 대해 자세히 설명해 주십시오: _____ <input type="checkbox"/> 리터러시 리터러시 선호에 대해 자세히 설명해 주십시오.

		<p>_____</p> <input type="checkbox"/> 종교적/영적 요구 또는 선호 종교적/영적 요구 또는 선호: _____ <p><input type="checkbox"/> 시각장애 시각장애에 대해 자세히 설명해 주십시오.</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 특별 선호사항 특별 선호사항에 대해 자세히 설명해 주십시오.</p> <p>_____</p> <input type="checkbox"/> 없음
4.	현재 귀하의 주된 건강 관심사는 무엇입니까?	
5.	임신 상태입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 없음
6.	천식, 만성 폐쇄성 폐질환 또는 낭포성 섬유증과 같은 폐의 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) <input type="checkbox"/> 낭포성 섬유증 <input type="checkbox"/> 없음
7.	심방세동, 관상동맥질환, 말초동맥질환, 울혈성 심부전이나 뇌졸중과 같은 심장 또는 순환 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 심방세동 <input type="checkbox"/> 관상동맥질환/말초동맥

		<p>질환</p> <p><input type="checkbox"/> 울혈성 심부전</p> <p><input type="checkbox"/> 대뇌혈관사고/뇌졸중</p> <p><input type="checkbox"/> 고혈압</p> <p><input type="checkbox"/> 없음</p>
8.	만성신부전 또는 투석이 필요한 말기신질환과 같은 신장 문제가 있습니까?	<p><input type="checkbox"/> 만성신부전</p> <p><input type="checkbox"/> 투석이 필요한 말기신질환</p> <p><input type="checkbox"/> 없음</p>
9.	의사가 귀하에게 우울증, 조현병 또는 양극성 장애와 같은 행동 건강 상태 진단을 내렸습니까?	<p><input type="checkbox"/> 우울증</p> <p><input type="checkbox"/> 조현병</p> <p><input type="checkbox"/> 양극성</p> <p><input type="checkbox"/> 없음</p>
10.	발작, 기억력(치매) 또는 뇌졸중과 같이 뇌에 영향을 주는 상태가 있습니까?	<p><input type="checkbox"/> 발작</p> <p><input type="checkbox"/> 대뇌혈관사고/뇌졸중</p> <p><input type="checkbox"/> 치매</p> <p><input type="checkbox"/> 알츠하이머</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 뇌 상태: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 없음</p>
11.	간경변증이 있습니까?	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>
12.	겸상적혈구가 있습니까?	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>
13.	HIV 또는 AIDS가 있습니까?	<p><input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> 없음</p>

200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

14.	항암화학요법, 방사선치료 또는 수술로 치료 중인 활성 암이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
15.	당뇨병(당류)이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
16.	류마티스성 관절염이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
17.	기타 상태	<input type="checkbox"/> 기타 _____ _____ <input type="checkbox"/> 없음
18.	과거 6개월간 응급실을 방문한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	a) 있을 경우, 응급실 방문 횟수는 몇 번입니까?	
	b) 응급실 방문 이유:	
19.	과거 6개월간 병원에 입원한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	a) 있을 경우, 입원 기간을 몇일입니까?	
	b) 있을 경우, 입원 이유:	

20.	약의 용도와 투약 이유를 이해하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 처방 약 없음 <input checked="" type="checkbox"/> 없을 경우, 권장 사항: <ul style="list-style-type: none"> • 약물을 "갈색 봉투"에 담아 다음 의사 진료 시 가져가십시오. 또는 <ul style="list-style-type: none"> • 저희 약사에게 문의하십시오. (855) 658-0918, TTY: 711, 월요일 – 금요일, 오전 8시 – 오후 5시. 귀하의 약물을 검토하여 궁금한 사항에 답변해줄 것입니다.
21.	약물 투약에 도움이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
22.	건강검진 서류 작성 시 도움이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
23.	의사 진료 중 질문 답변에 도움이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
24.	귀하와 비슷한 연령의 다른 사람에 비해 귀하의 건강 상태는:	<input type="checkbox"/> 훌륭함 <input type="checkbox"/> 매우 양호함 <input type="checkbox"/> 양호함 <input type="checkbox"/> 괜찮음 <input type="checkbox"/> 좋지 않음
25.	사고, 기억, 또는 의사 결정에 변화가 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
26.	올해 독감 예방 주사를 맞았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
27.	현재 거주 상황은 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 노숙인

		<input type="checkbox"/> 홀로 거주 <input type="checkbox"/> 그룹홈에 거주 <input type="checkbox"/> 요양 기관에 거주 <input type="checkbox"/> 쉼터에 거주 <input type="checkbox"/> 원호 생활 시설에 거주 <input type="checkbox"/> 다른 가족과 거주 <input type="checkbox"/> 친족관계가 아닌 타인과 거주 <input type="checkbox"/> 배우자와 거주 <input type="checkbox"/> 집 밖 거주 <input type="checkbox"/> 주 이외 의료 시설에 거주 <input type="checkbox"/> 위 해당 사항 없음 <input type="checkbox"/> 기타
	a) 기타일 경우, 설명해 주십시오.	
28.	집안에서 안전하게 거주하며 쉽게 이동할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
29.	아닐 경우, 거주하는 장소에 다음 사항이 있습니까?	
	a) 양호한 조명	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	b) 양호한 난방	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	c) 양호한 냉방	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	d) 계단용 난간이나 경사로	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 없음 - 계단이나 경사로 없음.

	e) 온수	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	f) 실내 화장실	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	g) 잠금장치 밖으로 나갈 수 있는 문	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	h) 집이나 집 안의 계단으로 들어갈 수 있는 계단	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	i) 엘리베이터	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	j) 휠체어를 사용할 수 있는 공간	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당 없음 - 휠체어가 필요하지 않습니다.
	k) 집 밖으로 나갈 수 있는 분명한 길	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
30.	지난 달에 넘어진 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
31.	넘어질까봐 염려되십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
32.	아래 제시된 행동에 도움이 필요하십니까?	
	a) 목욕 또는 샤워	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	b) 계단 오르기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	c) 먹기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	d) 옷 입기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	e) 이 닦기, 머리 빗기, 면도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	f) 식사 만들기 또는 요리	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

	g) 침대나 의자에서 일어나기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	h) 식품 구매 또는 섭취	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	i) 화장실 사용	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	j) 걷기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	k) 설겅이 또는 세탁	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	l) 수표 작성 또는 돈 관리	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	m) 진료를 보거나 친구를 만나기 위한 이동	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	n) 집안일 또는 정원일	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	o) 친지나 가족 방문	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	p) 전화 사용	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	q) 약속 관리	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
33.	위 항목 중 해당되는 사항이 있을 경우, 이러한 행동에 필요한 모든 도움을 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
34.	필요할 때 도와주려 하거나 도와줄 수 있는 가족이나 타인이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
35.	귀하를 돌보는 사람이 필요한 모든 도움을 제공하는 데 어려움을 겪고 있다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 돌보는 사람이 없습니다.

36.	음식, 집세, 청구서 및 약값을 지불할 돈이 떨어질 때가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
37.	누군가 귀하의 허락 없이 귀하의 돈을 사용하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
38.	사건의료지시는 귀하가 스스로 무언가를 할 수 없을 정도로 상태가 악화될 경우 사랑하는 이가 귀하의 의료적 선택에 관해 알 수 있도록 하는 양식입니다. 사망 선택 유언이나 사건의료지시가 마련되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	a) 있을 경우, 어떤 종류의 문서입니까?	
	b) 있을 경우, PCP/의사에게 사본이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	c) 없을 경우, 보다 자세한 정보를 드릴까요?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
39.	(39~44번 문항의 경우, 13세 이상의 응답자만 답변하십시오) 지난 3개월간, 음주 또는 약물 사용을 줄이거나 중단해야 한다고 느낀 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
40.	지난 3개월간, 귀하에게 음주 또는 약물 사용을 줄이거나 중단해야 한다고 말함으로써 귀하를 불편하게 한 사람이 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

41.	지난 3개월간, 음주 또는 약물 사용의 양에 대해 죄책감을 느끼거나 좋지 않은 기분인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
42.	지난 3개월간, 음주를 하거나 약물을 사용하고 싶어서 일어난 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
43.	약물이나 음주에 관해 귀하에게 문제가 있다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
44.	39 ~ 43번 문항에 예라고 답한 경우, 사례 담당자가 귀하에게 전화하여 지원/교육을 제공하길 바라십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
45.	지난 2주간, 무언가를 하는 데 관심이나 즐거움이 거의 없었던 적이 얼마나 자주 있습니까?	<input type="checkbox"/> 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 며칠 <input type="checkbox"/> 절반(7일) 이상 <input type="checkbox"/> 거의 매일
46.	지난 2주간, 기분이 가라앉거나, 우울하거나 절망적인 감정을 가졌던 적이 얼마나 자주 있습니까?	<input type="checkbox"/> 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 며칠 <input type="checkbox"/> 절반(7일) 이상 <input type="checkbox"/> 거의 매일
47.	지난 1개월(30일)간, 외롭다고 느낀 적이 몇일이나 있습니까?	<input type="checkbox"/> 없음 - 외로움을 느끼지 않음 <input type="checkbox"/> 5일 미만 <input type="checkbox"/> 절반(15일) 이상 <input type="checkbox"/> 대부분 - 늘 외로움을 느낌
48.	누군가에 대해 두려움을 느끼거나 누군가가 귀하에게 상처를 줍니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

시간을 내어 설문조사에 응해주셔서 감사합니다. 누군가가 귀하에게 연락을 취할 수도 있습니다.

귀하의 건강 관리에 추가적인 도움을 필요로 하실 경우, "ICT"라 부르는 "부서간 관리 팀(Interdisciplinary Care Team)"에서 귀하의 필요사항을 논의할 수 있습니다. 귀하의 주치의, 귀하의 사례 담당자, 귀하의 간병인, 귀하 자신 등 귀하의 관리 팀 구성원을 포함할 수 있습니다. 이 팀은 직접, 또는 전화상으로 만나 귀하의 건강 관리 필요사항에 부합하는 계획을 마련하기 위해 협력할 수 있습니다.

위 사항을 읽고 이해했다는 서명을 해주십시오. _____

<p>會員姓名：</p> <p>完成此調查問卷的人士：</p> <p>完成調查問卷人士的電話：</p> <p>與會員的關係：</p>	<p>會員的住宅電話：</p> <p>會員的手提電話：</p> <p>會員的健康照護 ID：</p> <p>會員的出生日期： / /</p> <p>今日日期： / /</p>	
問題		回答
1.	您是否有英文以外的其他語言需要？	<input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 克里奧語 <input type="checkbox"/> 法語 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 索馬里語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他語言
2.	如有其他語言需要，請說明：	
3.	您有什麼我們應知道的特殊偏好嗎？	<p>請勾選所有適用選項：</p> <input type="checkbox"/> 文化偏好 闡述任何文化偏好： _____
		<input type="checkbox"/> 聽力障礙 闡述任何聽力障礙 偏好： _____
		<input type="checkbox"/> 讀寫能力 闡述任何讀寫能力偏好： _____
		<input type="checkbox"/> 宗教／精神需求或偏好

		<p>闡述任何宗教／精神需求或 偏好： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 視覺障礙 闡述任何視覺障礙 偏好： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他特殊偏好 闡述任何特殊偏好： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
4.	您現在 主要 的健康問題是什麼？	
5.	您是否懷孕了？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用
6.	您的肺部有什麼問題嗎，如哮喘、慢性阻塞性肺病或囊性纖維化？	<input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 (COPD) <input type="checkbox"/> 囊性纖維化 <input type="checkbox"/> 無
7.	您的心臟或循環系統有什麼問題嗎，如心房纖顫、冠狀動脈疾病、外周動脈疾病、充血性心力衰竭或中風？	<input type="checkbox"/> 心房纖顫 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈疾病／外周動脈 疾病 <input type="checkbox"/> 充血性心力衰竭 <input type="checkbox"/> 腦血管意外／中風 <input type="checkbox"/> 高血壓

		<input type="checkbox"/> 無
8.	您的腎臟有什麼問題嗎，如慢性腎病或終末期腎病透析？	<input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 終末期腎病透析 <input type="checkbox"/> 無
9.	醫生是否曾診斷出您的行為健康狀況出現問題，如抑鬱症、精神分裂症或雙相情感障礙？	<input type="checkbox"/> 抑鬱症 <input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 雙相情感障礙 <input type="checkbox"/> 無
10.	您是否有什麼狀況影響您的大腦，如癲癇、記憶問題（癡呆）或中風？	<input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 腦血管意外／中風 <input type="checkbox"/> 癡呆 <input type="checkbox"/> 阿滋海默氏症 <input type="checkbox"/> 其他腦部狀況： <hr style="width: 100%;"/> <input type="checkbox"/> 無
11.	您是否患有肝硬化？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12.	您是否患有鎌狀細胞疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13.	您是否感染了人類免疫力缺乏病毒 (HIV) 或患有後天免疫力缺乏症 (AIDS)？	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> 兩者皆否
14.	您是否患有正在接受化療、放療或手術治療的活性癌症？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15.	您是否患有糖尿病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16.	您是否患有類風溼性關節炎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

17.	其他狀況	<input type="checkbox"/> 其他 _____ _____ <input type="checkbox"/> 無
18.	在過去的 6 個月裡，您是否曾到過急症室就診？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	a) 倘答案為「是」，曾到過急症室就診多少次？	
	b) 到急症室就診的理由：	
19.	在過去的 6 個月裡，您是否曾住院過夜？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	a) 倘答案為「是」，住院次數為多少？	
	b) 倘答案為「是」，住院理由：	

20.	您是否知道您的藥物作用及您服用這些藥物的理由？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 沒有處方藥物 <input checked="" type="checkbox"/> 倘答案為「否」，我們建議： <ul style="list-style-type: none"> • 將藥物放在一個「棕色袋子」裡，然後帶到您下次預約看診的醫生處諮詢。 或 <ul style="list-style-type: none"> • 致電我們的藥劑師，電話：(855) 658-0918，聽障專線：711，週一至週五上午 8 時 至下午 5 時，藥劑師將和您一起檢查您的藥物並回答任何問題。
21.	您在服用藥物時是否需要幫助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
22.	您在填寫健康表格時是否需要幫助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
23.	您在看診期間回答醫生問題時是否需要幫助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
24.	與同齡人相比，您認為自己的健康狀況為：	<input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 糟糕
25.	您在思考、記憶或做決定方面是否有任何改變？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
26.	您今年是否接種過流感疫苗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
27.	您目前的生活狀況如何？	<input type="checkbox"/> 無家可歸 <input type="checkbox"/> 獨居

		<input type="checkbox"/> 住在團體家屋 <input type="checkbox"/> 住在護理機構 <input type="checkbox"/> 住在收容所 <input type="checkbox"/> 住在輔助生活機構 <input type="checkbox"/> 與其他家庭成員共住 <input type="checkbox"/> 與其他不相關人士共住 <input type="checkbox"/> 與配偶共住 <input type="checkbox"/> 住在家外安置機構 <input type="checkbox"/> 住在州外醫療機構 <input type="checkbox"/> 以上皆非 <input type="checkbox"/> 其他
	a) 倘答案為「其他」，請說明：	
28.	您是否能在家中安全生活及輕鬆地四處走動？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
29.	倘答案為「否」，您所居住的地方是否配備：	
	a) 良好的照明	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	b) 良好的供暖	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	c) 良好的製冷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	d) 樓梯或坡道的欄杆	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 – 沒有樓梯或坡道。
	e) 熱水	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

	f) 室內洗手間	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	g) 通往室外可上鎖的門	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	h) 通往家中的樓梯或 屋內的樓梯	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	i) 升降機	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	j) 使用輪椅的空間	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 – 我不需要輪椅。
	k) 離開住宅的暢通通道	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
30.	您上個月是否有跌倒？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
31.	您是否害怕跌倒？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
32.	對於以下所示的任何行動，您是否需要幫助？	
	a) 沐浴或淋浴	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	b) 上樓梯	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	c) 進食	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	d) 穿著	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	e) 刷牙、梳頭髮、剃鬚	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	f) 煮飯或烹飪	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	g) 從床上或椅子上起來	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	h) 購物和獲取食物	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

	i) 使用洗手間	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	j) 行走	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	k) 洗碗或洗衣服	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	l) 開支票或記錄金錢	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	m) 乘車去看醫生或探望朋友	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	n) 做家務或在庭院勞動	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	o) 外出探望家人或朋友	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	p) 使用電話	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	q) 記錄預約	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
33.	倘以上任何一項行動所對應的答案為「是」，那麼您在這些行動中是否得到了所需的所有幫助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
34.	您的家人或其他人是否願意或能否在您需要時幫助您？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
35.	您是否覺得照顧者很難給您所有您需要的幫助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我沒有照顧者照顧我。
36.	您是否有時沒有錢支付食物、房租、帳單及藥物？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
37.	是否有人在沒有得到您同意的情況下用您的錢？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

38.	<p>預設指示是一份表格，可讓您的親友知道您在病重時無法自行做出的健康照護選擇。</p> <p>您是否已立生前遺囑或做出預設指示？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<p>a) 倘答案為「是」，那麼是什麼類型的文件？</p>	
	<p>b) 倘答案為「是」，您的 PCP/醫生是否擁有一份複本？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<p>c) 倘答案為「否」，我能否向您傳送更多資訊？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
39.	<p>(問題 39 至 44 僅適合年滿 13 歲的人士回答)</p> <p>在過去的三個月裡，您是否曾覺得應該減少或停止飲酒或吸毒？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
40.	<p>在過去的三個月裡，是否會有人告訴您要減少或停止飲酒或吸毒而令您心煩意亂？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
41.	<p>在過去的三個月裡，您是否曾對自己飲酒或吸毒的程度感到內疚或難過？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
42.	<p>在過去的三個月裡，您是否會一覺醒來就想飲酒或吸毒？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
43.	<p>您是否覺得自己有吸毒或飲酒方面的問題？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
44.	<p>倘問題 39-43 的答案為「是」，您是否希望案例經理致電您提供支援/教育？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

45.	在過去的兩週裡，您有多經常對做任何事情都沒有什麼興趣或樂趣？	<input type="checkbox"/> 完全沒有過 <input type="checkbox"/> 數天 <input type="checkbox"/> 超過一半的時間 <input type="checkbox"/> 幾乎每天
46.	在過去的兩週裡，您有多經常感到難過、沮喪或絕望？	<input type="checkbox"/> 完全沒有過 <input type="checkbox"/> 數天 <input type="checkbox"/> 超過一半的時間 <input type="checkbox"/> 幾乎每天
47.	在過去的一個月（30天）裡，您有多少天感到孤獨？	<input type="checkbox"/> 無 – 我從不感到孤獨 <input type="checkbox"/> 少於 5 天 <input type="checkbox"/> 超過一半的時間（超過 15 天） <input type="checkbox"/> 大多數日子 – 我總是感到孤獨
48.	您是否害怕有人傷害您或是否有人正在傷害您？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>感謝您花時間完成此份調查問卷。 有人可能會聯絡您。</p> <p>倘若您需要些許額外幫助來照顧您的健康，我們可以在一個「跨學科護理團隊」（亦稱為「ICT」）會議上討論您的需求。 我們會邀請您的護理團隊成員，例如初級護理醫生、案例經理、照顧者及您自己，參加這個會議。 這個團隊可以面對面或透過電話一起工作，以制定一項計劃來滿足您的健康照護需求。</p> <p>請用姓名首字母簽名，表示您已閱讀並理解以上內容： _____</p>		

Health Risk Assessment

<p>Member's Name:</p> <p>Person Completing this Survey:</p> <p>Phone for Person Completing the Survey:</p> <p>Relationship to Member:</p>	<p>Member's Home Phone:</p> <p>Member's Cell Phone:</p> <p>Member's Healthcare ID:</p> <p>Member's Date of Birth: / /</p> <p>Today's Date: / /</p>
--	---

QUESTION		RESPONSE
1.	Do you have a language need other than English?	<input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Somali <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other Language
2.	If Other Language, please describe:	
3.	Do you have any special preferences we should be aware of?	<p>Check all that apply:</p> <p><input type="checkbox"/> Cultural Preferences Expand on any cultural preferences: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hearing Impairment Expand on any hearing impairment preferences: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Literacy Expand on any literacy preferences: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Religion/Spiritual Needs or Preferences Expand on any Religion/Spiritual needs or preferences: _____</p>

Health Risk Assessment

		<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Visual Impairment Expand on any visual impairment preferences: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other Special Preferences Expand on any special preferences: _____</p> <p><input type="checkbox"/> None</p>
4.	What is your main health concern right now?	
5.	Are you pregnant?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Applicable
6.	Do you have any problems with your lungs, like asthma, chronic obstructive pulmonary disease or cystic fibrosis?	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> None
7.	Do you have any problems with your heart or circulation like atrial fibrillation, coronary artery disease, peripheral arterial disease, congestive heart failure or stroke?	<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease/ Peripheral Arterial Disease <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure <input type="checkbox"/> Cerebral Vascular Accident/Stroke <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> None
8.	Do you have any problems with your kidneys like chronic kidney disease or end stage renal disease on dialysis?	<input type="checkbox"/> Chronic Kidney Disease <input type="checkbox"/> End Stage Renal Disease on Dialysis <input type="checkbox"/> None

Health Risk Assessment

9.	Has your doctor diagnosed you with a behavioral health condition such as depression, schizophrenia or bipolar disorder?	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schizophrenia <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> None
10.	Do you have any conditions affecting your brain like seizures, memory (dementia) or stroke?	<input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Cerebral Vascular Accident/Stroke <input type="checkbox"/> Dementia <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease <input type="checkbox"/> Other brain conditions: <hr/> <input type="checkbox"/> None
11.	Do you have cirrhosis?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12.	Do you have sickle cell?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
13.	Do you have HIV or AIDS?	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Neither
14.	Do you have active cancer that is being treated with chemo, radiation or surgery?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
15.	Do you have diabetes (sugars)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
16.	Do you have rheumatoid arthritis?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
17.	Other conditions	<input type="checkbox"/> Other _____ <hr/> <input type="checkbox"/> None
18.	Have you visited the emergency room in the past 6 months?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Health Risk Assessment

	a) If yes, how many emergency room visits?	
	b) Reason(s) for ER visit(s):	
19.	Have you stayed overnight in the hospital in the past 6 months?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	a) If yes, how many hospital stays?	
	b) If yes, reason(s) for hospital stay(s):	
20.	Do you understand what your medications are for and why you are taking them?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No prescribed medications <input checked="" type="checkbox"/> If No, we recommend: <ul style="list-style-type: none"> • Putting your medications in a “Brown Bag” and taking them to your next doctor’s appointment. <p>OR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calling our pharmacist at (855) 658-0918, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. – 5 p.m., who will review your medications with you and answer any questions.
21.	Do you need help taking your medicines?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
22.	Do you need help filling out health forms?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
23.	Do you need help answering questions during a doctor’s visit?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Health Risk Assessment

24.	Compared to others your age, would you say your health is:	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Very Good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor
25.	Have you had any changes in thinking, remembering, or making decisions?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
26.	Have you received your flu shot this year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
27.	What is your current living situation?	<input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Live alone <input type="checkbox"/> Live in a group home <input type="checkbox"/> Live in a nursing facility <input type="checkbox"/> Live in a shelter <input type="checkbox"/> Live in an assisted living facility <input type="checkbox"/> Live with other family <input type="checkbox"/> Live with others unrelated <input type="checkbox"/> Live with spouse <input type="checkbox"/> Live in out of home placement <input type="checkbox"/> Live in out of state medical facility <input type="checkbox"/> None of the above <input type="checkbox"/> Other
	a) If Other, please describe:	
28.	Can you live safely and move easily around in your home?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
29.	If No, does the place where you live have:	

Health Risk Assessment

	a) Good lighting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	b) Good heating	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	c) Good cooling	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	d) Rails for any stairs or ramps	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A – There are no stairs or ramps.
	e) Hot water	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	f) Indoor toilet	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	g) A door to the outside the locks	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	h) Stairs to get into your home or stairs inside your home	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	i) Elevator	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	j) Space to use a wheelchair	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A – I do not require a wheelchair.
	k) Clear ways to exit your home	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
30.	Have you fallen in the last month?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
31.	Are you afraid of falling?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
32.	Do you need help with any of these actions shown below?	
	a) Taking a bath or shower	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	b) Going up stairs	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Health Risk Assessment

	c) Eating	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	d) Getting Dressed	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	e) Brushing teeth, brushing hair, shaving	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	f) Making meals or cooking	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	g) Getting out of a bed or a chair	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	h) Shopping and getting food	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	i) Using the toilet	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	j) Walking	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	k) Washing dishes or clothes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	l) Writing checks or keeping track of money	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	m) Getting a ride to the doctor or to see your friends	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	n) Doing house or yard work	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	o) Going out to visit family or friends	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	p) Using the phone	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	q) Keeping track of appointments	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
33.	If yes to any of the above, are you getting all the help you need with these actions?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
34.	Do you have family members or others willing and able to help you when you need it?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Health Risk Assessment

35.	Do you ever think your caregiver has a hard time giving you all the help you need?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I do not have a caregiver.
36.	Do you sometimes run out of money to pay for food, rent, bills, and medicine?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
37.	Is anyone using your money without your ok?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
38.	<p>An advanced directive is a form that lets your loved ones know your health care choices if you are too sick to make them yourself.</p> <p>Do you have a living will or an advanced directive in place?</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	a) If Yes, what type of document is it?	
	b) If Yes, does your PCP/Doctor have a copy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	c) If No, could I send you more information?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
39.	<p>(For Questions 39 through 44, only answer if 13 years or older)</p> <p>In the last three months, have you felt you should cut down or stop drinking or using drugs?</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
40.	In the last three months, has anyone annoyed you or gotten on your nerves by telling you to cut down or stop drinking or using drugs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
41.	In the last three months, have you felt guilty or bad about how much you drink or use drugs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Health Risk Assessment

42.	In the last three months, have you been waking up wanting to have an alcoholic drink or use drugs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
43.	Do you feel like you have a problem with drugs or alcohol?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
44.	If yes to question 39-43, do you want a Case Manager to call you to provide support/education?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
45.	Over the last 2 weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things?	<input type="checkbox"/> Not at all <input type="checkbox"/> Several days <input type="checkbox"/> More than half the days <input type="checkbox"/> Nearly every day
46.	Over the last 2 weeks, how often have you been feeling down, depressed or hopeless?	<input type="checkbox"/> Not at all <input type="checkbox"/> Several days <input type="checkbox"/> More than half the days <input type="checkbox"/> Nearly every day
47.	Over the past month (30 days), how many days have you felt lonely?	<input type="checkbox"/> None – I never feel lonely <input type="checkbox"/> Less than 5 days <input type="checkbox"/> More than half the days (more than 15) <input type="checkbox"/> Most days – I always feel lonely
48.	Are you afraid of anyone or is anyone hurting you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Health Risk Assessment

Thank you for taking the time to complete the survey. Someone may be reaching out to you.

If you need a little extra help taking care of your health, we could discuss your needs in an “Interdisciplinary Care Team” or what we also call an “ICT” meeting. We would include the members of your care team, for example your primary care doctor, your case manager, your caregiver, and yourself. This team can meet in person or by phone and work together to come up with a plan to meet your health care needs.

Please initial that you have read and understood the above: _____

Фамилия и имя участника: Лицо, заполняющее эту анкету: Телефон лица, заполняющего анкету: Степень родства с участником:		Домашний телефон участника: Мобильный телефон участника: Медицинский страховой номер участника: Дата рождения участника: / / Сегодняшняя дата: / /	
ВОПРОС		ОТВЕТ	
1.	Вам нужен перевод на язык, отличный от английского?	<input type="checkbox"/> Арабский <input type="checkbox"/> Французский <input type="checkbox"/> Китайский (Mandarin) <input type="checkbox"/> Сомалийский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Не нужен	<input type="checkbox"/> Креольский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Вьетнамский <input type="checkbox"/> Другой язык
2.	Если вы ответили «Другой язык», уточните:		
3.	Есть ли у вас какие-либо особые предпочтения, о которых нам следует знать?	Отметьте все соответствующие варианты: <input type="checkbox"/> Культурные предпочтения Опишите подробно культурные предпочтения: _____	
		<input type="checkbox"/> Нарушение слуха Опишите подробно предпочтения в связи с нарушением слуха: _____	
		<input type="checkbox"/> Уровень грамотности Опишите подробно предпочтения в связи с уровнем грамотности _____	

		<input type="checkbox"/> Религиозные/духовные потребности или предпочтения Опишите подробно религиозные/духовные потребности или предпочтения: _____ <input type="checkbox"/> Нарушение зрения Опишите подробно предпочтения в связи с нарушением зрения: _____ <input type="checkbox"/> Прочие особые предпочтения Опишите подробно прочие особые предпочтения _____ <input type="checkbox"/> Нет особых предпочтений
4.	Что вас беспокоит сейчас больше всего ?	
5.	Вы беременны?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо
6.	Есть ли у вас заболевания легких, такие как астма, хроническая обструктивная болезнь легких или муковисцидоз?	<input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) <input type="checkbox"/> Муковисцидоз <input type="checkbox"/> Нет
7.	Есть ли у вас заболевания сердца или кровообращения, такие как фибрилляция предсердий, коронарная недостаточность, заболевание периферических артерий,	<input type="checkbox"/> Фибрилляция предсердий <input type="checkbox"/> Коронарная недостаточность/заболевание

	застойная сердечная недостаточность или инсульт?	<p>периферических артерий</p> <input type="checkbox"/> Застойная сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> Острое нарушение мозгового кровообращения/инсульт <input type="checkbox"/> Артериальная гипертензия <input type="checkbox"/> Нет
8.	Есть ли у вас заболевания почек, такие как хроническая болезнь почек или терминальная стадия почечной недостаточности, требующая диализа?	<input type="checkbox"/> Хроническая болезнь почек <input type="checkbox"/> Терминальная стадия почечной недостаточности, требующая диализа <input type="checkbox"/> Нет
9.	Диагностировал ли вам ваш врач расстройство психического здоровья, такое как депрессия, шизофрения или биполярное расстройство?	<input type="checkbox"/> Депрессия <input type="checkbox"/> Шизофрения <input type="checkbox"/> Биполярное расстройство <input type="checkbox"/> Не диагностировал
10.	Есть ли у вас какие-либо заболевания, влияющие на мозг, такие как судорожные припадки, расстройство памяти (деменция) или инсульт?	<input type="checkbox"/> Судорожные припадки <input type="checkbox"/> Острое нарушение мозгового кровообращения/инсульт <input type="checkbox"/> Деменция <input type="checkbox"/> Болезнь Альцгеймера <input type="checkbox"/> Другие заболевания мозга: <hr/> <input type="checkbox"/> Нет
11.	Есть ли у вас цирроз печени?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	Есть ли у вас серповидноклеточная анемия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

13.	Есть ли у вас ВИЧ или СПИД?	<input type="checkbox"/> ВИЧ <input type="checkbox"/> СПИД <input type="checkbox"/> Ни того, ни другого
14.	Есть ли у вас активный рак, для лечения которого используется химиотерапия, лучевая терапия или хирургия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Есть ли у вас диабет (сахарный)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Есть ли у вас ревматоидный артрит?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	Другие заболевания	<input type="checkbox"/> Другое _____ _____ <input type="checkbox"/> Ни одного
18.	Попадали ли вы в отделение неотложной помощи за последние 6 месяцев?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	а) Если вы ответили «Да», то сколько раз вы пребывали в отделении неотложной помощи?	
	б) Причина(-ы) пребывания в отделении неотложной помощи:	
19.	Вы оставались в больнице на ночь в течение последних 6 месяцев?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	а) Если вы ответили «Да», то сколько раз вы пребывали в больнице?	
	б) Если вы ответили «Да», укажите причину(-ы) пребывания в больнице:	

20.	Вы понимаете, для чего нужны ваши лекарства и зачем вы их принимаете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Мне не прописаны лекарства <input checked="" type="checkbox"/> Если вы ответили «Нет», мы рекомендуем: <ul style="list-style-type: none"> • Положить свои лекарства в пакет и взять их с собой на следующий прием к врачу. ИЛИ <ul style="list-style-type: none"> • Позвонить нашему фармацевту по телефону (855) 658-0918; телетайп: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00. И наш фармацевт обсудит с вами назначенные вам лекарства и ответит на любые вопросы.
21.	Вам нужна помощь при приеме лекарств?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	Вам нужна помощь в заполнении медицинских форм?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Вам нужна помощь в том, чтобы отвечать на вопросы врача во время визита?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Вы считаете, что ваше здоровье, по сравнению с вашими ровесниками:	<input type="checkbox"/> Отличное <input type="checkbox"/> Очень хорошее <input type="checkbox"/> Хорошее <input type="checkbox"/> Удовлетворительное <input type="checkbox"/> Плохое
25.	У вас были какие-либо изменения в мышлении, запоминании или принятии решений?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Вам делали прививку от гриппа в этом году?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

27.	Каковы ваши текущие условия проживания?	<input type="checkbox"/> Бездомный(-ая) <input type="checkbox"/> Живу один (одна) <input type="checkbox"/> Живу в кооперативном жилье <input type="checkbox"/> Живу в учреждении сестринского ухода <input type="checkbox"/> Живу в приюте <input type="checkbox"/> Живу в доме престарелых <input type="checkbox"/> Живу с другой семьей <input type="checkbox"/> Живу с другими людьми, не являющимися мне родственниками <input type="checkbox"/> Живу с супругом(-ой) <input type="checkbox"/> Живу вне своего дома <input type="checkbox"/> Живу в медицинском учреждении за пределами штата <input type="checkbox"/> Ни один из указанных вариантов <input type="checkbox"/> Другое
	а) Если вы ответили «Другое», уточните:	
28.	Удастся ли вам жить в безопасности и легко передвигаться по дому?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Если вы ответили «Нет», то имеется ли в месте вашего проживания:	
	а) Хорошее освещение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	б) Хорошее отопление	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	в) Хорошее кондиционирование	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

	d) Поручни на всех лестницах и пандусах	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо — в моем жилище нет лестниц и пандусов.
	e) Горячая вода	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	f) Туалет внутри помещения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	g) Дверь на улицу с замком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	h) Лестница для входа в дом или лестница внутри дома	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	i) Лифт	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	j) Пространство для использования инвалидной коляски	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо — мне не нужна инвалидная коляска.
	k) Свободный проход для выхода из дома	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
30.	Случалось ли вам падать за последний месяц?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
31.	Вы боитесь упасть?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
32.	Вы нуждаетесь в помощи, совершая какое-либо из указанных ниже действий?	
	a) Принятие ванны или душа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	b) Подъем по лестнице	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	c) Прием пищи	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	d) Одевание	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

	е) Чистка зубов, расчесывание, бритье	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	ф) Приготовление пищи	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	г) Вставание с кровати или стула	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	h) Совершение покупок и получение еды	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	и) Пользование туалетом	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	j) Ходьба	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	к) Мытье посуды или стирка	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	l) Выписывание чеков или учет и контроль денежных средств	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	m) Поездка к врачу или к друзьям	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	n) Работа по дому или во дворе	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	о) Поход в гости к семье или друзьям	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	р) Использование телефона	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
	q) Учет и контроль визитов	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
33.	Если для какого-нибудь из указанных выше вариантов вы выбрали «Да»: получаете ли вы всю необходимую помощь в совершении этих действий?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
34.	Есть ли у вас члены семьи или другие люди, которые готовы и могут помочь вам, когда вам это нужно?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

35.	Считали ли вы когда-нибудь, что ухаживающему за вами лицу (опекуну) трудно оказывать вам всю необходимую помощь?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> У меня нет опекуна.
36.	Бывает ли такое, что у вас закончились деньги на еду, оплату проживания, оплату счетов и покупку лекарств?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
37.	Использует ли кто-нибудь ваши деньги без вашего разрешения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
38.	Расширенная доверенность — это форма, которая позволит вашим близким знать ваши предпочтения в вопросах медицинского обслуживания на случай, если ваше состояние здоровья не позволит сделать выбор самостоятельно. У вас есть медицинское завещание или расширенная доверенность?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	а) Если вы ответили «Да», то какой именно это документ?	
	б) Если вы ответили «Да», имеется ли копия этого документа у вашего терапевта/врача?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	с) Если вы ответили «Нет», могу ли я прислать вам дополнительную информацию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
39.	(Отвечайте на вопросы с 39 по 44, только если возраст — 13 лет и старше) Чувствовали ли вы за последние три месяца, что вам следует сократить или прекратить употребление алкоголя или наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

40.	За последние три месяца кто-нибудь раздражал вас или действовал вам на нервы, говоря, что вам нужно сократить или прекратить употребление алкоголя или наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
41.	Было ли у вас за последние три месяца чувство вины или плохое самочувствие из-за количества выпиваемого алкоголя или употребляемых наркотиков?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
42.	Просыпались ли вы за последние три месяца с желанием выпить спиртной напиток или принять наркотики?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
43.	Чувствуете ли вы, что у вас есть проблемы с наркотиками или алкоголем?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
44.	Если хотя бы на один вопрос с 39 по 43 вы ответили «Да», хотите ли вы, чтобы вам позвонил координатор программы медицинского обслуживания и предложил поддержку/тренинг?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
45.	Как часто за последние 2 недели вы не проявляли интереса к любимому делу или не испытывали от него удовольствия?	<input type="checkbox"/> Такого не было <input type="checkbox"/> Несколько дней <input type="checkbox"/> Больше половины дней <input type="checkbox"/> Почти каждый день
46.	Как часто за последние 2 недели вы ощущали уныние, тоску или безысходность?	<input type="checkbox"/> Такого не было <input type="checkbox"/> Несколько дней <input type="checkbox"/> Больше половины дней <input type="checkbox"/> Почти каждый день
47.	За последний месяц (30 дней) сколько дней вы ощущали себя одиноко?	<input type="checkbox"/> Ни одного — я никогда не ощущаю себя одиноко <input type="checkbox"/> Менее 5 дней <input type="checkbox"/> Более половины дней (более 15)

		<input type="checkbox"/> Большинство дней — я всегда ощущаю себя одиноко
48.	Вы кого-нибудь боитесь или кто-либо причиняет вам боль?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<p>Благодарим вас за то, что нашли время заполнить анкету. Возможно, с вами свяжутся.</p> <p>Если вам дополнительно нужна небольшая помощь в поддержании своего здоровья, мы могли бы обсудить ваши потребности на консилиуме многопрофильной бригады (Interdisciplinary Care Team, ICT). Мы можем подключить к обсуждению членов вашей лечащей бригады, например вашего основного лечащего врача, координатора программы медицинского обслуживания, ухаживающего за вами лица (опекуна) и вас самих. Члены этой бригады могут собираться очно или вести собрание по телефону и в итоге вместе разработать план для удовлетворения ваших потребностей в охране здоровья.</p> <p>Поставьте свои инициалы в знак того, что вы прочитали и поняли вышеизложенное:</p> <p>_____</p>	

الصحي المسح

<p>هاتف منزل العضو:</p> <p>الهاتف النقال للعضو:</p> <p>معرف الرعاية الصحية للعضو:</p> <p>تاريخ ميلاد العضو: / /</p> <p>تاريخ اليوم/ / :</p>		<p>اسم العضو:</p> <p>الشخص الذي يكمل هذا الاستبيان:</p> <p>هاتف الشخص الذي يكمل الاستبيان:</p> <p>صلة القرابة بالعضو:</p>
السؤال		الإجابة
1.	هل لديك حاجة للغة غير الإنجليزية؟	<input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> الماندرين <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> الفرنسية <input type="checkbox"/> الكريول <input type="checkbox"/> الروسية <input type="checkbox"/> الفيتنامية <input type="checkbox"/> لغة أخرى
2.	إن كانت هنالك لغة أخرى، فصف رجاءً:	
3.	هل لديك أي تفضيلات خاصة يجب أن نكون على دراية بها؟	<p>أشر كل ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> التفضيلات الثقافية</p> <p>توسع في أي تفضيلات ثقافية:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> الإعاقة السمعية</p> <p>توسع في أي إعاقة سمعية</p> <p>التفضيلات:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> الثقافة</p> <p>توسع في أي تفضيلات ثقافية:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> الدين/التفضيلات أو الإحتياجات الروحية</p> <p>توسع في أي إحتياجات دينية/روحية أو</p> <p>التفضيلات:</p>

		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>الإعاقة البصرية <input type="checkbox"/></p> <p>توسع في أي إعاقة بصرية التفضيلات:</p> <p>_____</p> <p>تفضيلات خاصة أخرى <input type="checkbox"/></p> <p>توسع في أي تفضيلات خاصة:</p> <p>_____</p> <p>لا يوجد <input type="checkbox"/></p>
.4	ماهي مشكلتك الصحية الرئيسية الآن؟	
.5	هل أنتِ حامل؟	<p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق <input type="checkbox"/></p>
.6	هل لديك أي مشاكل في رئتيك، مثل الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن أو التليف الكيسي؟	<p>الربو <input type="checkbox"/></p> <p>مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) <input type="checkbox"/></p> <p>التليف الكيسي <input type="checkbox"/></p> <p>لا يوجد <input type="checkbox"/></p>
.7	هل لديك أي مشاكل في القلب أو الدورة الدموية مثل الرجفان الأذيني أو مرض الشريان التاجي أو مرض الشرايين الطرفية أو فشل القلب الاحتقاني أو السكتة الدماغية؟	<p>رجفان أذيني <input type="checkbox"/></p> <p>مرض الشريان التاجي/مرض لشريان المحيطي <input type="checkbox"/></p> <p>فشل القلب الاحتقاني <input type="checkbox"/></p> <p>حادث الأوعية الدموية الدماغية / السكتة الدماغية <input type="checkbox"/></p> <p>ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/></p> <p>لا يوجد <input type="checkbox"/></p>
.8	هل لديك أي مشاكل في الكلى مثل فشل الكلى المزمن أو المرحلة النهائية من أمراض الكلى والديليزة؟	<p>فشل كلوي مزمن <input type="checkbox"/></p> <p>المرحلة النهائية من أمراض الكلى والديليزة <input type="checkbox"/></p> <p>لا يوجد <input type="checkbox"/></p>

9.	هل قام طبيبك بتشخيص إصابتك بحالة صحية سلوكية مثل الاكتئاب أو الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب؟	<input type="checkbox"/> الاكتئاب <input type="checkbox"/> الفصام <input type="checkbox"/> الاضطراب ثنائي القطب؟ <input type="checkbox"/> لا يوجد
10.	هل لديك أي حالات تؤثر على عقلك مثل النوبات أو الذاكرة (الخرف) أو السكتة الدماغية؟	<input type="checkbox"/> النوبات <input type="checkbox"/> حادث الأوعية الدموية الدماغية / السكتة الدماغية <input type="checkbox"/> الخرف <input type="checkbox"/> مرض الزهايمر <input type="checkbox"/> حالات دماغية أخرى: <hr/> <input type="checkbox"/> لا يوجد
11.	هل تعاني من تليف الكبد؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
12.	هل لديك خلية منجلية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
13.	هل أنت مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز (AIDS)؟	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> لست مصاباً بأي منها
14.	هل لديك سرطان نشط يتم علاجه بالعلاج الكيميائي أو الإشعاع أو الجراحة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
15.	هل أنت مصاب بالسكري (سكريات)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
16.	هل أنت مصاب بالتهاب المفاصل الروماتويدي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
17.	حالات أخرى	<input type="checkbox"/> أخرى _____ <hr/> <input type="checkbox"/> لا يوجد
18.	هل زرت غرفة الطوارئ في الأشهر الستة الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

	أ) إذا كانت الإجابة بنعم، فكم عدد زيارات غرفة الطوارئ؟	
	ب) سبب زيارة (أسباب زيارات) غرفة الطوارئ:	
19.	هل مكثت ليلة في المستشفى خلال الأشهر الستة الماضية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
	أ) إذا كانت الإجابة بنعم، فكم عدد مرات الإقامة في المستشفى؟	
	ب) إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو سبب/ماهي (أسباب) الإقامة في المستشفى:	
20.	هل تفهم ما هي الأدوية التي تأخذها ولماذا تأخذها؟	<p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ليست هنالك أدوية موصوفة</p> <p>✓ إذا كانت الإجابة بـ لا، فإننا نوصي بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وضع أدوية في "كيس بني" وأخذها إلى موعد طبيبك التالي أو • الاتصال بالصيدلي لدينا على 658-0918 (855)، لمستخدمي الهواتف النصية: 711، من الاثنين إلى الجمعة، 8 صباحًا - 5 مساءً، والذي سيقوم بمراجعة أدويةك معك والإجابة على أية أسئلة.
21.	هل تحتاج إلى مساعدة في أخذ أدويةك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
22.	هل تحتاج إلى مساعدة في ملء الاستمارات الصحية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

23.	هل تحتاج إلى مساعدة في الإجابة على الأسئلة أثناء زيارة الطبيب؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
24.	مقارنة بالآخرين في عمرك، هل تقول أن صحتك:	ممتازة <input type="checkbox"/> جيدة جداً <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> متوسطة <input type="checkbox"/> ضعيفة <input type="checkbox"/>
25.	هل لديك أي تغييرات في التفكير أو التذكر أو اتخاذ القرارات؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
26.	هل تلقيت لقاح الإنفلونزا هذا العام؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
27.	ما هو وضعك المعيشي الحالي؟	<input type="checkbox"/> متشرد <input type="checkbox"/> تعيش لوحده <input type="checkbox"/> تعيش في منزل جماعي <input type="checkbox"/> تعيش في مرفق للتمريض <input type="checkbox"/> تعيش في ملجأ <input type="checkbox"/> تعيش في مرفق للمعيشة بمساعدة <input type="checkbox"/> تعيش مع عائلة أخرى <input type="checkbox"/> تعيش مع آخرين غير الأقرباء <input type="checkbox"/> تعيش مع زوج <input type="checkbox"/> تعيش في موضع خارج المنزل <input type="checkbox"/> العيش في منشأة طبية خارج الولاية <input type="checkbox"/> ولا واحدة من المذكورة أعلاه <input type="checkbox"/> أخرى
	(أ) إذا كان غير ذلك، فصف رجاءً:	
28.	هل يمكنك العيش بأمان والتنقل بسهولة في منزلك؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

29.	إذا كانت الإجابة ب لا ، فهل يوجد في المكان الذي تعيش فيه:	
	(أ) إضاءة جيدة	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(ب) تدفئة جيدة	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(ج) تبريد جيد	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(د) قضبان لأي سلالم أو منحدرات	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> لا يوجد - لا توجد سلالم أو منحدرات.
	(هـ) الماء الساخن	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(و) مرحاض داخلي	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(ز) باب للخارج يمكن إقفاله	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(ح) سلالم للدخول إلى منزلك أو سلالم داخل منزلك	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(ت) مصعد	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
	(ي) مساحة لاستخدام كرسي متحرك	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> غير موجود - أنا لا أحتاج إلى كرسي متحرك.
	(ك) طرق واضحة للخروج من منزلك	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
30.	هل سقطت في الشهر الماضي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
31.	هل انت خائف من السقوط؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
32.	هل تحتاج إلى مساعدة في أي من هذه الإجراءات الموضحة أدناه؟	
	(a) أخذ حمام أو دش	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

	(b) صعود الدرج	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(c) تناول الطعام	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(d) إرتداء الملابس	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(e) تنظيف الأسنان، تمشيط الشعر، الحلاقة	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(f) تحضير الوجبات أو الطبخ	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(g) النهوض من السرير أو الكرسي	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(h) التسوق والحصول على الطعام	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(i) استخدام المراض	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(j) المشي	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(k) غسل الأطباق أو الملابس	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(l) كتابة الشيكات أو تتبع الأموال	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(m) الحصول على توصيلة إلى الطبيب أو لرؤية أصدقائك	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(n) القيام بأعمال المنزل أو الفناء	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(o) الخروج لزيارة العائلة أو الأصدقاء	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(p) إستخدام الهاتف	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	(q) تتبع المواعيد	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
.33	إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق، فهل تحصل على كل المساعدة التي تحتاجها للقيام بتلك الأعمال؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
.34	هل لديك أفراد من العائلة أو آخرون مستعدون وقادرون على تقديم المساعدة لك عندما تحتاج إليها؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>

35.	هل إعتقدت يوماً بأن مقدم الرعاية الخاص بك يواجه صعوبة في تقديم كل المساعدة التي تحتاجها؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ليس لدي مقدم رعاية.
36.	هل ينفد منك المال أحياناً عندما تكون بحاجة لدفع ثمن الطعام والإيجار والفواتير والأدوية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
37.	هل يستخدم أي شخص أموالك بدون موافقتك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
38.	الإرشادات المُعطاة مقدماً هي استمارة تسمح لأحبائك بمعرفة خياراتك المتعلقة بالرعاية الصحية إذا كنت مريضاً جداً بحيث لا تستطيع الإفصاح عن خياراتك بنفسك. هل لديك وصية حية موضوعة أو إرشادات معطاة مقدماً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	(أ) إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو نوع المستند؟	
	(ب) إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يمتلك موفر الرعاية الرئيسية/الطبيب الخاص بك نسخة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
	(ج) إذا كانت الإجابة لا، فهل يمكنني إرسال المزيد من المعلومات؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
39.	(بالنسبة للأسئلة من 39 إلى 44، أجب فقط إذا كان عمرك 13 عاماً أو أكبر) هل شعرت في الأشهر الثلاثة الماضية أنه يجب عليك التقليل من الشرب أو التوقف عنه أو عن تعاطي العقاقير؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
40.	هل أزعجك أي شخص أو أثار أعصابك في الأشهر الثلاثة الماضية بإخبارك بالتوقف عن الشرب أو عن تعاطي العقاقير؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
41.	هل شعرت في الأشهر الثلاثة الماضية بالذنب أو بالسوء حيال مقدار ما تشربه أو ما تتعاطاه من عقاقير؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

42.	هل كنت تستيقظ في الأشهر الثلاثة الماضية وترغب في تناول مشروب كحولي أو في تعاطي العقاقير؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
43.	هل تشعر أن لديك مشكلة مع العقاقير أو الكحول؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
44.	إذا كانت الإجابة بنعم على الأسئلة 39-43، فهل تريد من مدير الحالة الاتصال بك لتقديم الدعم/ التعليم؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
45.	كم مرة على مدار الأسبوعين الماضيين كان لديك القليل من الاهتمام أو المتعة في القيام بالأشياء؟	<input type="checkbox"/> ولا مرة <input type="checkbox"/> بضعة أيام <input type="checkbox"/> أكثر من نصف الأيام <input type="checkbox"/> تقريباً كل يوم
46.	كم مرة شعرت فيها بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس على مدار الأسبوعين الماضيين؟	<input type="checkbox"/> ولا مرة <input type="checkbox"/> بضعة أيام <input type="checkbox"/> أكثر من نصف الأيام <input type="checkbox"/> تقريباً كل يوم
47.	على مدار الشهر الماضي (30 يوماً)، كم عدد الأيام التي شعرت فيها بالوحدة؟	<input type="checkbox"/> لا يوجد - أنا لا أشعر بالوحدة أبداً <input type="checkbox"/> أقل من 5 أيام <input type="checkbox"/> أكثر من نصف الأيام (أكثر من 15) <input type="checkbox"/> معظم الأيام - أنا أشعر بالوحدة دائماً
48.	هل أنت خائف من أي شخص أو هل هنالك شخص يؤذيك؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

شكرا لك على الوقت الذي قضيته في إكمال الاستبيان. قد يقوم شخص ما بالتواصل معك.

إذا كنت بحاجة إلى القليل من المساعدة الإضافية للاعتناء بصحتك، فيمكننا مناقشة احتياجاتك في إجتماع فريق الرعاية متعدد التخصصات “Interdisciplinary Care Team” أو ما نسميه أيضاً بإجتماع “ICT”. سنقوم بتضمين أعضاء فريق رعايتك، كطبيب الرعاية الأولية ومدير حالتك ومقدم الرعاية وأنت نفسك. يمكن لهذا الفريق الاجتماع شخصياً أو عبر الهاتف والعمل معاً للتوصل إلى خطة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

يرجى وضع الأحرف الأولية من اسمك لتأكيد أنك قرأت وفهمت ما ورد أعلاه: _____



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Encuesta de Salud

<p>Nombre del miembro:</p> <p>Nombre de la persona que completa la encuesta:</p> <p>N.º de teléfono de la persona que completa la encuesta:</p> <p>Relación con el miembro:</p>	<p>N.º de teléfono fijo del miembro:</p> <p>N.º de teléfono celular del miembro:</p> <p>N.º de Id. de atención médica del miembro:</p> <p>Fecha de nacimiento del miembro: / /</p> <p><u>Fecha de hoy:</u> / /</p>
--	---

PREGUNTA		RESPUESTA
1.	¿Necesita utilizar otro idioma distinto del español?	<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro idioma
2.	Si necesita utilizar otro idioma, indíquelo:	
3.	¿Tiene preferencias especiales que deberíamos conocer?	<p>Marque todas las casillas que correspondan:</p> <input type="checkbox"/> Preferencias culturales Indique cuáles: _____
		<input type="checkbox"/> Preferencias relativas a una discapacidad auditiva Indique cuáles: _____
		<input type="checkbox"/> Preferencias relativas a la alfabetización Indique cuáles: _____

Encuesta de Salud

		<input type="checkbox"/> Necesidades o preferencias religiosas/espirituales Indique cuáles: _____ <input type="checkbox"/> Preferencias relativas a una discapacidad visual Indique cuáles: _____ <input type="checkbox"/> Otras preferencias especiales Indique cuáles: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna
4.	En este momento, ¿cuál es su principal inquietud en relación con su salud?	
5.	¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
6.	¿Tiene algún problema pulmonar, como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o fibrosis quística?	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Ninguno
7.	¿Tiene algún problema cardíaco o circulatorio, como fibrilación auricular, arteriopatía coronaria, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca congestiva o accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria o enfermedad arterial periférica <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o apoplejía

		<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Ninguno
8.	¿Tiene algún problema renal, como enfermedad renal crónica o enfermedad renal terminal en diálisis?	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad renal terminal en diálisis <input type="checkbox"/> Ninguno
9.	¿Su médico le ha diagnosticado alguna enfermedad mental, como depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Ninguna
10.	¿Tiene alguna afección que le afecte el cerebro, como convulsiones, lagunas de memoria (demencia) o accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o apoplejía <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Otras afecciones cerebrales: <hr/> <input type="checkbox"/> Ninguna
11.	¿Tiene cirrosis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12.	¿Tiene enfermedad de células falciformes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13.	¿Tiene VIH o sida?	<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Sida <input type="checkbox"/> Ninguno
14.	¿Tiene cáncer activo en tratamiento con quimioterapia, radiación o cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15.	¿Tiene diabetes (alto nivel de azúcar en sangre)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16.	¿Tiene artritis reumatoide?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Encuesta de Salud

17.	Otras afecciones	<input type="checkbox"/> Otra _____ _____ <input type="checkbox"/> Ninguna
18.	¿Tuvo que ir a una sala de urgencias en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	a) Si respondió que sí, ¿cuántas veces tuvo que ir?	
	b) Indique los motivos por los que tuvo que ir a la sala de urgencias:	
19.	¿Ha estado hospitalizado en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	a) Si respondió que sí, ¿cuántas veces lo hospitalizaron?	
	b) Si respondió que sí, indique el motivo de las hospitalizaciones:	

Encuesta de Salud

20.	¿Sabe usted para qué afecciones están indicados los medicamentos que usted toma y por qué se los han recetado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tomo medicamentos recetados <input checked="" type="checkbox"/> Si respondió que no, le recomendamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Coloque sus medicamentos en una bolsa de papel y llévela a la próxima consulta médica. O <ul style="list-style-type: none"> • Comuníquese con nuestro farmacéutico al (855) 658-0918, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., quien analizará los medicamentos junto a usted y responderá sus preguntas.
21.	¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22.	¿Necesita ayuda para rellenar los formularios de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23.	¿Necesita ayuda para responder preguntas durante una consulta médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24.	En comparación con otras personas de su edad, usted diría que su salud es:	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
25.	¿Ha observado algún cambio en la forma en que piensa, recuerda o toma decisiones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26.	¿Recibió la vacuna antigripal este año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27.	¿Cuál es su situación actual de vivienda?	<input type="checkbox"/> No tiene hogar

Encuesta de Salud

		<input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Vive en un hogar compartido <input type="checkbox"/> Vive en una residencia para personas de la tercera edad <input type="checkbox"/> Vive en un albergue <input type="checkbox"/> Vive en una residencia con atención personalizada <input type="checkbox"/> Vive con otra familia <input type="checkbox"/> Vive con personas ajenas a su entorno cercano <input type="checkbox"/> Vive con su cónyuge <input type="checkbox"/> Vive en una residencia fuera de su hogar <input type="checkbox"/> Vive en un centro médico fuera del estado <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores <input type="checkbox"/> Otra opción
	a) Si marcó "Otra opción", descríbala:	
28.	¿Puede vivir seguro y desplazarse fácilmente en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
29.	Si respondió que no, ¿el lugar donde vive tiene...?	
	a) Buena iluminación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	b) Buena calefacción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c) Buena refrigeración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	d) Barandas para escaleras o rampas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C. No hay escaleras ni rampas.

Encuesta de Salud

	e) Agua caliente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	f) Baño en el interior de la vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	g) Una puerta hacia el exterior con cerradura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	h) Escaleras para ingresar a la vivienda o en su interior	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	i) Ascensor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	j) Espacio para usar una silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C. No uso silla de ruedas.
	k) Espacios sin obstáculos para salir de la vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
30.	¿Se ha caído en el último mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
31.	¿Tiene miedo de caerse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
32.	¿Necesita ayuda con alguna de las actividades que se enumeran a continuación?	
	a) Darse un baño o una ducha	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	b) Subir escaleras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c) Comer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	d) Vestirse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	e) Lavarse los dientes, peinarse, afeitarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	f) Prepararse la comida o cocinar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	g) Levantarse de la cama o de una silla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	h) Hacer las compras o proveerse de alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	i) Ir al baño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	j) Caminar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	k) Lavar los platos o la ropa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	l) Emitir cheques o manejar dinero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	m) Conseguir transporte para ir al médico o visitar amigos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	n) Hacer tareas domésticas o de jardinería	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	o) Salir para visitar a sus familiares o amigos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	p) Usar el teléfono	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	q) Llevar un registro de sus consultas médicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
33.	Si respondió que sí a alguna de estas preguntas, ¿recibe toda la ayuda que necesita para realizar estas actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
34.	¿Tiene familiares u otras personas que deseen y puedan ayudarlo cuando usted lo necesita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
35.	¿Alguna vez pensó que a su cuidador le cuesta brindarle toda la ayuda que usted necesita?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tengo cuidador.
36.	¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las cuentas y los medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

37.	¿Alguien usa su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
38.	Una directiva anticipada es un formulario que le permite a sus seres queridos saber cuáles son sus decisiones sobre la atención médica que desea recibir, en caso de que esté demasiado enfermo para tomarlas usted mismo. ¿Tiene un testamento vital o una directiva anticipada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	a) Si respondió que sí, ¿qué tipo de documento es?	
	b) Si respondió que sí, ¿tienen su médico o proveedor de atención primaria una copia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c) Si respondió que no, ¿me permitiría enviarle más información?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
39.	(Responda las preguntas 39 a 44 solo si tiene más de 13 años) En los últimos tres meses, ¿ha pensado que debería reducir el consumo de alcohol o drogas, o dejar de consumirlos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
40.	En los últimos tres meses, ¿se ha enojado o molestado con alguien que le haya pedido que reduzca el consumo de alcohol o drogas, o que deje de consumirlos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
41.	En los últimos tres meses, ¿se ha sentido mal o culpable por la cantidad de alcohol o drogas que consume?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Encuesta de Salud

42.	En los últimos tres meses, ¿se ha despertado con ganas de beber alcohol o consumir drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
43.	¿Cree que tiene un problema con el consumo de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
44.	Si respondió que sí a las preguntas 39 a 43, ¿desea que un administrador de casos se comuniquen con usted para proporcionarle ayuda o información?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
45.	En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?	<input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> La mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
46.	En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido sin ánimo, deprimido o desesperanzado?	<input type="checkbox"/> Ningún día <input type="checkbox"/> Muchos días <input type="checkbox"/> La mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
47.	En el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo?	<input type="checkbox"/> Ninguno; nunca me siento solo <input type="checkbox"/> Menos de cinco días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días (más de 15 días) <input type="checkbox"/> La mayoría de los días; siempre me siento solo
48.	¿Le teme a alguien o alguien le hace daño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Encuesta de Salud

Gracias por tomarse el tiempo para responder la encuesta. Es posible que alguien se ponga en contacto con usted.

Si necesita un ayuda adicional para cuidar su salud, podemos analizar sus necesidades en un “equipo de atención interdisciplinario” o lo que también denominamos una reunión de “ICT”. Incluiríamos a los miembros de su equipo de atención, por ejemplo, su médico de atención primaria, su administrador de casos, su cuidador y usted. Este equipo puede reunirse de manera presencial o por teléfono, y trabajar en conjunto para elaborar un plan destinado a satisfacer sus necesidades de atención médica.

Coloque sus iniciales para indicar que ha leído y entendido todo lo anterior. _____

<p>نام عضو:</p> <p>شماره تلفن منزل عضو:</p> <p>شماره تلفن همراه عضو:</p> <p>شماره عضویت بیمه فرد عضو:</p> <p>تاریخ تولد عضو: / /</p> <p>تاریخ امروز: / /</p> <p>شماره تماس فردی که پرسشنامه را پر می کند:</p> <p>شماره تماس فردی که پرسشنامه را پر می کند:</p> <p>رابطه با عضو:</p>			
پرسش		پاسخ	
1.	آیا به زبان دیگری به جز انگلیسی نیاز دارید؟	<input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> کرئول <input type="checkbox"/> فرانسوی <input type="checkbox"/> چینی مندرین <input type="checkbox"/> روسی <input type="checkbox"/> سومالی <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> زبانی دیگر	
2.	اگر زبان دلخواه در لیست نیست، لطفا نام ببرید:		
3.	آیا اولویت های خاصی دارید که ما باید از آن ها مطلع باشیم؟	<p>تمام موارد مورد نیاز را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> اولویت های فرهنگی</p> <p>لطفا درباره اولویت های فرهنگی خود توضیح دهید:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> اختلال شنوایی</p> <p>لطفا درباره اولویت های اختلال شنوایی توضیح دهید:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> سواد</p> <p>لطفا درباره اولویت های مربوط به سواد توضیح دهید:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> نیازها یا اولویت های دینی/معنوی</p> <p>لطفا درباره اولویت ها یا نیازهای دینی/معنوی توضیح دهید:</p> <p>_____</p>	

		<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> اختلال بینایی</p> <p>لطفا درباره اختلال بینایی توضیح دهید:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> سایر اولویت های ویژه</p> <p>درباره هرگونه اولویت ویژه توضیح دهید:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> هیچ</p>
4.	در حال حاضر نگرانی اصلی شما درباره سلامتتان چیست؟	
5.	آیا باردار هستید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شامل من نمی شود
6.	آیا مشکل ریوی دارید؟ مواردی مانند آسم، بیماری انسدادی مزمن ریوی یا فیبروز کیستیک.	<input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) <input type="checkbox"/> فیبروز کیستیک <input type="checkbox"/> هیچکدام
7.	آیا مشکل قلبی یا گردش خون دارید؟ مواردی مانند فیبریلاسیون دهلیزی، بیماری عروق کرونر، بیماری شریانی محیطی، نارسایی احتقانی قلب یا سکته.	<input type="checkbox"/> فیبریلاسیون دهلیزی <input type="checkbox"/> بیماری عروق کرونر/بیماری شریانی محیطی <input type="checkbox"/> نارسایی احتقانی قلب <input type="checkbox"/> واقعه/سکته مغزی عروقی <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> هیچکدام
8.	آیا مشکل کلیوی دارید؟ مواردی مانند بیماری مزمن کلیوی یا بیماری کلیوی مرحله نهایی با نیاز به دیالیز.	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کلیوی <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی مرحله نهایی با نیاز به دیالیز

		هیچکدام <input type="checkbox"/>
9.	آیا پزشک شما بیماری سلامت رفتاری مانند افسردگی، اسکیزوفرنی یا ناهنجاری دوقطبی را در شما تشخیص داده است؟	<input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> اسکیزوفرنی <input type="checkbox"/> دوقطبی <input type="checkbox"/> هیچکدام
10.	آیا بیماری دارید که بر روی مغز شما اثر بگذارد؟ مانند تشنج، حافظه (فراموشی) یا سکته؟	<input type="checkbox"/> حملات تشنج <input type="checkbox"/> واقعه/سکته مغزی عروقی <input type="checkbox"/> فراموشی <input type="checkbox"/> بیماری آلزایمر <input type="checkbox"/> سایر مشکلات مغزی: <hr/> <input type="checkbox"/> هیچکدام
11.	آیا سیروز دارید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
12.	آیا کم خونی سلول داسی شکل دارید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
13.	آیا HIV یا ایدز دارید؟	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هیچکدام
14.	آیا سرطان فعال دارید که با شیمی درمانی، پرتودرمانی یا جراحی در حال درمان است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
15.	آیا دیابت (قند) دارید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
16.	آیا روماتیسم مفصلی دارید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
17.	سایر مشکلات	<input type="checkbox"/> غیره <hr/> <input type="checkbox"/> هیچکدام

18.	آیا در طی 6 ماه گذشته به اورژانس مراجعه داشته اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	(a) اگر بلی، چند بار به اورژانس مراجعه کردید؟	
	(b) دلایل مراجعه به اورژانس:	
19.	آیا در طی 6 ماه گذشته در بیمارستان بستری شده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	(a) اگر بلی، چند بار در بیمارستان بستری شدید؟	
	(b) اگر بلی، دلایل بستری شدن در بیمارستان چه بودند:	
20.	آیا می دانید داروهایی که مصرف می کنید برای چه منظوری تجویز شده اند و چرا آن ها را مصرف می کنید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> داروی تجویزی مصرف نمی کنم <input checked="" type="checkbox"/> اگر خیر، توصیه می کنیم: <ul style="list-style-type: none"> • داروهای تجویزی را در یک "کیسه کاغذی" بگذارید و در ملاقات بعدی با پزشک خود آن ها را همراه بیاورید. یا • با شماره (855) 658-0918، TTY به شماره 711، با پزشک داروساز ما تماس بگیرید، دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 عصر، که می تواند داروهای شما را بررسی کرده و به سوالات شما پاسخ دهد.

21.	آیا در استفاده از داروهای خود نیازمند کمک هستید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
22.	آیا در پر کردن فرم های سلامت نیازمند کمک هستید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
23.	آیا در پاسخ دادن به سوالات در طی ملاقات با پزشک خود نیازمند کمک هستید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
24.	در مقایسه با همسالان خود، از نظر سلامت چطور هستید:	<input type="checkbox"/> عالی <input type="checkbox"/> خیلی خوب <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف
25.	آیا در رابطه با قابلیت های تفکر، به یادآوری، یا تصمیم گیری، در خود تغییری مشاهده کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
26.	آیا امسال واکسن آنفلوآنزای خود را دریافت کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
27.	وضعیت کنونی اسکان شما چطور است؟	<input type="checkbox"/> بی خانمان <input type="checkbox"/> زندگی به تنهایی <input type="checkbox"/> در یک خانه گروهی <input type="checkbox"/> در مرکز پرستاری <input type="checkbox"/> در سرپناه <input type="checkbox"/> در یک موسسه زندگی همیاری <input type="checkbox"/> با سایر اعضای خانواده <input type="checkbox"/> با افراد غیر خویشاوند <input type="checkbox"/> با همسر <input type="checkbox"/> در مراکز اسکان خارج-از-منزل <input type="checkbox"/> در موسسه پزشکی دولتی <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> غیره
	(a) اگر غیره، لطفا توضیح دهید:	

28.	آیا می توانید در خانه خود با امنیت زندگی کرده و به راحتی حرکت کنید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
29.	اگر خیر، آیا جایی که در آن زندگی می کند موارد زیر را دارد:		
	(a) روشنایی مناسب	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(b) گرمایش مناسب	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(c) سرمایش مناسب	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(d) نرده مناسب برای پله ها یا رمپ	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شامل نمیشود- پله یا رمپ نداریم
	(e) آب گرم	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(f) مستراح داخل منزل	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(g) درب به بیرون و دارای قفل	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(h) پله برای رسیدن به خانه یا پله درون خانه	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(i) آسانسور	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(j) فضای کافی برای استفاده از صندلی چرخدار	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شامل نمی شود- نیازی به صندلی چرخدار ندارم.
	(K) مسیری بدون مانع برای خروج از خانه	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
30.	آیا در طی ماه گذشته زمین خورده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
31.	آیا نگران زمین خوردن هستید؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
32.	آیا در رابطه با هر یک از موارد زیر نیازمند کمک هستید؟		

	(a) حمام کردن	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(b) بالا رفتن از پله ها	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(c) غذا خوردن	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(d) لباس پوشیدن	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(e) مسواک زدن، شانه کردن مو، اصلاح صورت	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(f) آشپزی یا تهیه غذا	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(g) بلند شدن از تخت یا صندلی	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(h) خرید آذوقه و غذا	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(i) استفاده از مستراح	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(j) راه رفتن	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(k) شستن ظروف یا لباس	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(l) نوشتن چک یا حساب و کتاب مالی	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(m) استفاده از وسایل نقلیه برای رفتن به مطب پزشک یا دیدار دوستان	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(n) انجام کار خانه یا رسیدگی به حیاط و باغچه	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(o) رفتن به ملاقات خانواده یا دوستان	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(p) استفاده از تلفن	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
	(q) به یاد داشتن قرارهای ملاقات	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر

33.	اگر به هر کدام از موارد بالا جواب مثبت داده اید، آیا کمک لازم برای انجام آن ها را دریافت می کنید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
34.	آیا اعضای خانواده یا فرد دیگری هست که بخواهد و قادر باشد در صورت نیاز به شما کمک کند؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
35.	آیا گاهی فکر می کنید که فرد مراقب شما در برآورده کردن تمامی نیازهای شما دچار سختی و دشواری است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مراقب ندارم
36.	آیا پیش آمده است که برای خرید غذا، اجاره، قبوض و دارو دچار کمبود مالی شده باشید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
37.	آیا فردی بدون رضایت شما از پول شما استفاده می کند؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
38.	وکالت نامه نوعی سند رسمی است برای مواقعی که به شدت بیمار هستید و نمی توانید برای وضعیت خود تصمیم گیری کنید. در آن تصمیم گیری های مراقبت سلامتی مورد نظر شما ذکر شده است تا اعضای خانواده شما از آن ها مطلع باشند. آیا وصیت نامه یا وکالت نامه تنظیم کرده اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	(a) اگر بلی، چه نوع سندی تنظیم کرده اید؟	
	(b) اگر بلی، آیا دکتر/پزشک خانواده شما یک نسخه از آن را دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	(c) اگر خیر، می خواهید برای شما اطلاعات بیشتری در این رابطه ارسال کنم؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

39.	(برای سوالات 39 تا 44، در صورتی پاسخ دهید که سن 13 سال یا بیشتر دارید) در طی سه ماه گذشته، آیا احساس کرده اید که باید مصرف الکل یا مواد مخدر خود را کاهش داده یا متوقف کنید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
40.	در طی سه ماه گذشته، آیا کسی با گوشزد کردن اینکه باید مصرف الکل یا مواد مخدر خود را کاهش داده یا متوقف کنید شما را ناراحت یا عصبانی کرده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
41.	در طی سه ماه گذشته، آیا درباره میزان مصرف الکل یا مواد مخدر خود احساس شرمساری یا احساس بد داشته اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
42.	در طی سه ماه گذشته، آیا پس از بیدار شدن احساس نیاز به مصرف نوشیدنی الکلی یا مواد مخدر داشته اید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
43.	آیا احساس می کنید دچار مشکل سوء مصرف مواد مخدر یا الکل هستید؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
44.	اگر به سوالات 39 تا 43 جواب مثبت داده اید، آیا می خواهید یک مدیر پرونده با شما تماس گرفته و پشتیبانی/آموزش برای شما فراهم کند؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
45.	در طی 2 هفته گذشته، چه مقدار احساس بی علائگی به انجام کاری یا عدم لذت بردن از انجام کاری را تجربه کرده اید؟	<input type="checkbox"/> به هیچ عنوان <input type="checkbox"/> چندین روز <input type="checkbox"/> بیش از نیمی از روزها <input type="checkbox"/> تقریباً هر روز
46.	در طی 2 هفته گذشته، چه مقدار احساس کسلی، افسردگی یا ناامیدی را تجربه کرده اید؟	<input type="checkbox"/> به هیچ عنوان <input type="checkbox"/> چندین روز <input type="checkbox"/> بیش از نیمی از روزها <input type="checkbox"/> تقریباً هر روز
47.	در طی ماه (30 روز) گذشته، چند روز احساس تنهایی را تجربه کرده اید؟	<input type="checkbox"/> هیچ - هیچگاه احساس تنهایی نمیکنم <input type="checkbox"/> کمتر از 5 روز <input type="checkbox"/> بیش از نیمی از روزها (بیش از 15 روز) <input type="checkbox"/> بیشتر روزها - همیشه احساس تنهایی می کنم

48.	آیا از کسی می ترسید یا آیا کسی به شما آسیب می رساند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
<p>از اینکه زمان خود را صرف پاسخ دادن به این پرسشنامه کردید از شما متشکریم. ممکن است فردی از سوی ما با شما تماس بگیرد.</p> <p>اگر برای مراقبت از سلامت خود نیازمند کمک بیشتری هستید، می توانیم در یک جلسه با "تیم مراقبت های چند رشته ای" یا آنچه ما ICT می نامیم، به بحث درباره نیازهای شما بپردازیم. اعضای تیم مراقبت شما در آن جلسه حضور خواهند داشت، برای مثال پزشک خانواده شما، مدیر پرونده شما، مراقب و خود شما. این تیم می تواند هم به صورت حضوری و هم به صورت تلفنی جلسه ای برگزار نماید تا برنامه ای برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی شما تنظیم کنیم.</p> <p>در صورت خواندن و درک مطالب بالا، لطفا حروف اول نام و نام خانوادگی خود را در اینجا ثبت کنید: _____</p>		

<p>Tswv Cuab Lub Npe</p> <p>Tus Neeg Ua Qhov Kev Tshawb Fawb no Tiav</p> <p>Tus Neeg Ua Qhov Kev Tshawb Fawb no Tiav Tus Xov Tooj</p> <p>Kev Sib Txeeb Ze rau Tus Tswv Cuab:</p>		<p>Tswv Cuab Tus Xov Tooj Hauv Tsev:</p> <p>Tus Tswv Tus Xov Tooj Ntawm Tes:</p> <p>Tswv Cuab Daim Npav Kho Mob Tus ID:</p> <p>Tus Tswv Cuab Hnub Yug: / /</p> <p><u>Hnub No Yog Hnub Tim:</u> / /</p>	
NQE LUS NUG		NQE LUS TEB	
1.	Koj puas xav tau ib hom lus uas tsis yog lus As Kiv?	<input type="checkbox"/> Lus Arabic <input type="checkbox"/> Lus Creole <input type="checkbox"/> Lus Fab Kis <input type="checkbox"/> Lus Suav <input type="checkbox"/> Lus Lav Xias <input type="checkbox"/> Lus Somali <input type="checkbox"/> Lus Mev <input type="checkbox"/> Lus Nyab Laj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj Hom Lus <input type="checkbox"/> Lwm Hom Lus	
2.	Yog teb tias Muaj Lwm Hom Lus, thov piav qhia tias:		
3.	Koj puas muaj tej yam kev nyiam tshwj xeeb uas peb yuav tsum ras nco txog?	<p>Kos rau txhua nqe uas siv tau:</p> <input type="checkbox"/> Tej Kab Lis Kev Cai Uas Yog Cov Kev Nyiam <p style="padding-left: 40px;">Nthuav dav raws li lwm yam kab lis kev cai uas yog kev nyiam:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <input type="checkbox"/> Kev Hnov Lus Tsis Zoo <p style="padding-left: 40px;">Nthuav dav raws li lwm yam kev hnov lus tsis zoo</p> <p style="padding-left: 40px;">cov kev nyiam:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <input type="checkbox"/> Kev paub ntaub ntawv	

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

		<p>Nthuav dav raws li tej yam kev paub ntawv uas yog cov kev nyiam:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Kev Ntseeg/Kev Xav Tau Hauv Sab Ntsuj Plig los sis Cov Kev Nyiam</p> <p>Nthuav dav txog qee yam kev ntseeg/sab ntsuj plig kev xav tau los sis cov kev nyiam:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Qhov Muag Tsis Pom Kev</p> <p>Nthuav dav txog qee yam qhov muag tsis pom kev cov kev nyiam:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Lwm Kev Nyiam Tshwj Xeeb</p> <p>Nthuav dav txog qee yam kev nyiam tshwj xeeb:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tsis muaj</p>
4.	Qhov koj txhawj xeeb loj rau kev noj qab haus huv tam sim no yog dab tsi?	
5.	Puas yog koj lub cev xeeb me nyuam?	<input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis Yog <input type="checkbox"/> Tsis Paub Txog Dab Tsis Lis
6.	Koj puas muaj ib yam teeb meem rau koj lub ntsws, xws li hawb pob, kab mob ntsws tsis paub zoo tu qab los sis kab mob ntsws qhuav?	<input type="checkbox"/> Hawb pob <input type="checkbox"/> Kab Mob Ntsws Tsis Paub Zoo Tu Qab (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) <input type="checkbox"/> Kab Mob Ntsws Qhuav (Cystic Fibrosis) <input type="checkbox"/> Tsis muaj



200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

7.	Koj puas muaj qee yam teeb meem rau koj lub plawv los sis txoj hlab ntshav plaws tshaws xws li plawv dhia tsis xwm yeem, kab mob txoj hlab ntsha plawv tshaws, kab mob txoj hlab ntsha plawv khub roj, plawv tsis ua hauj lwm los sis mob hlab ntshav tawg?	<input type="checkbox"/> Plawv Dhia Tsis Xwm Yeem <input type="checkbox"/> Kab Mob Hlab Ntsha Plawv Tshaws/Kab Mob Txoj Hlab Ntsha Plawv Khub Roj <input type="checkbox"/> Plawv Tsis Ua Hauj Lwm <input type="checkbox"/> Txoj Hlab Ntsha Hlwb Tawg/Mob Hlab Ntshav Tawg <input type="checkbox"/> Ntshav Siab <input type="checkbox"/> Tsis muaj
8.	Koj puas muaj ib qho teeb meem rau koj lub raum xws li tus kab mob raum uas tsis paub zoo tu qab los sis kab mob raum rau qib kawg lawm uas niaj hnuv lim ntshav lawm xwb?	<input type="checkbox"/> Kab Mob Raum Tsis Paub Zoo Tu Qab <input type="checkbox"/> Kab Mob Raum Rau Qib Kawg Lawm Uas Niaj Hnuv Lim Ntshav Lawm Xwb <input type="checkbox"/> Tsis muaj
9.	Koj tus kws kho mob puas tau tshuaj xyuas koj tus mob xws li kev ntxhov siab, kab mob puas hlwb los sis kab mob ua rau hlwb tsis meej pem?	<input type="checkbox"/> Kev ntxhov siab <input type="checkbox"/> Kab mob puas hlwb <input type="checkbox"/> Kab mob ua rau hlwb tsis meej pem <input type="checkbox"/> Tsis muaj
10.	Koj puas muaj qee yam mob uas cuam tshuam rau koj lub hlwb xws li ua rau qaug dab peg, tsis hnov qab (kab mob hlwb feeb tsis meej) los sis kab mob hlab ntsha tawg?	<input type="checkbox"/> Qaug dab peg <input type="checkbox"/> Hlab Ntshav Hlwb Tawg/Mob Hlab Ntshav Tawg <input type="checkbox"/> Kab Mob Hlwb Feeb Tsis Meej <input type="checkbox"/> Kab mob Alzheimer <input type="checkbox"/> Lwm yam kab mob hlwb: <hr style="width: 200px; margin-left: 0;"/> <input type="checkbox"/> Tsis muaj
11.	Koj puas muaj tus kab mob siab khov?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj



200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

12.	Koj puas muaj tus kab mob keeb cell tsis zoo?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
13.	Koj puas muaj tus kab mob HIV los sis AIDS?	<input type="checkbox"/> Kab Mob HIV <input type="checkbox"/> Kab Mob AIDS <input type="checkbox"/> Tsis Muaj Ib Yam Hlo Li
14.	Koj puas muaj ib tug kab mob khees xaws uas tseem tab tom raug kho nrog chemo, hluav taws xob tua los sis phais tus mob tawm?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
15.	Koj puas muaj kab mob ntshav qab zib (ntshav piam thaj)?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
16.	Koj puas muaj tus kab mob pob qij txha?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
17.	Lwm yam teeb meem	<input type="checkbox"/> Lwm yam _____ _____ <input type="checkbox"/> Tsis muaj
18.	Koj puas tau mus tim chav kho mob xwm txheej ceev rau hauv 6 lub hlis dhau los?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	a) Yog mus, koj tau mus puas tsawg zaus rau tim chav kho mob xwm txheej ceev?	
	b) Cov laj thawj txhawm rau kev mus tim chav ER:	
19.	Koj puas tau mus pw kho mob rau tim tsev kho mob rau hauv lub sij hawm 6 lub hlis dhau los?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	a) Yog mus pw, koj tau mus pw kho mob tim tsev kho mob puas tsawg zaus lawm?	

	b) Yog mus pw, cov laj thawj txhawm rau kev mus pw kho mob tim tsev kho mob:	
20.	Koj puas nkag siab txog kev siv koj cov tshuaj kho mob thiab vim li cas koj thiaj siv tej tshuaj ntawd?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj <input type="checkbox"/> Tsis muaj cov tshuaj uas siv ntaub ntawv yuav <input checked="" type="checkbox"/> Yog tsis muaj, peb xav qhia tias: <ul style="list-style-type: none"> • Muab koj cov tshuaj kho mob tso rau hauv "Lub Hnab Daj Lis" thiab nqa cov tshuaj mus rau koj tus kws kho mob ztom ntej kev teem sij hawm. LOS SIS <ul style="list-style-type: none"> • Hu rau peb tus kws muag tshuaj rau ntawm (855) 658-0918, TTY: 711, Hnub Monday – Hnub Friday, 8 teev sawv ntov – 5 teev tsaus ntuj, leej twg yuav yog tus los tshuaj xyuas koj cov tshuaj thiab teb qee cov nqe lus nug.
21.	Koj puas xav tau kev pab siv koj cov tshuaj kho mob?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
22.	Koj puas xav tau kev pab sau cov foos yuav tshuaj?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
23.	Koj puas xav tau kev pab teb cov nqe lus nug rau thaum koj tus kab mob los ntsib?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
24.	Yog muab piv rau lwm tus neeg uas muaj hnub nyoog li koj, koj puas hais tau tias koj li kev noj qab haus huv yog:	<input type="checkbox"/> Zoo Tshaj Plaws <input type="checkbox"/> Zoo Heev <input type="checkbox"/> Zoo <input type="checkbox"/> Siv Tau <input type="checkbox"/> Tsis Zoo
25.	Puas muaj tej yam kev hloov pauv rau txoj kev xav, kev nco qab, los sis kev txiav txim siab?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

26.	Koj puas tau txhaj tshuaj tiv thaiv kab mob khaub thuas rau xyoo no?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
27.	Koj lub chaw nyob tam sim no zoo li cas?	<input type="checkbox"/> Tsis muaj tsev nyob <input type="checkbox"/> Nyob ib leeg <input type="checkbox"/> Nyob rau hauv ib pawg tsev neeg ua ke <input type="checkbox"/> Nyob rau hauv ib lub chaw ntawm tu neeg kho mob <input type="checkbox"/> Nyob rau hauv ib lub tsev pheed suab <input type="checkbox"/> Nyob hauv ib lub chaw uas muab pab txog kev ua neej nyob <input type="checkbox"/> Nyob nrog rau lwm tsev neeg <input type="checkbox"/> Nyob nrog rau lwm cov neeg uas tsis sib paub <input type="checkbox"/> Nyob nrog rau tus txij nkawm <input type="checkbox"/> Nyob rau sab nraum lub tsev nyob <input type="checkbox"/> Nyob rau sab nraum lub chaw kho mob hauv xeev <input type="checkbox"/> Tsis yog tag nrho cov lus hais los saum toj saud <input type="checkbox"/> Lwm yam
	a) Yog Lwm Yam, thov piav qhia:	
28.	Koj puas tuaj yeem nyob tau nyab xeeb thiab txav mus los tau yooj yim rau hauv koj lub tsev?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
29.	Yog Tsis Nyab Xeeb, lub chaw koj nyob ntawd pua muaj dab tsi xwb:	
	a) Muaj teeb cig zoo	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

	b) Muaj tshuab cua sov zoo	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	c) Muaj tshuab cua txias zoo	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	d) Muaj cov las tuav nce ntaiv los sis nqis ntaiv	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj <input type="checkbox"/> N/A – Tsis muaj cov las tuav nce ntaiv los sis nqis ntaiv.
	e) Muaj dej kub	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	f) Muaj chav dej nyob rau sab hauv tsev	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	g) Muaj ib lub qhov rooj uas muaj qhov xauv nyob sab nrauv	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	h) Muaj cov ntaiv nce nkag los rau hauv koj lub tsev los sis cov ntaiv nce nyob sab hauv koj lub tsev	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	i) Muaj ntaiv hluas taws xob	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	j) Muaj chaw siv lub rooj zaum muaj log mus los	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj <input type="checkbox"/> N/A – Kuv tsis tas siv ib lub rooj zaum muaj log.
	k) Hauv koj lub tsev muaj cov kev tawm mus uas tsis muaj dab tsis thaiv kev	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
30.	Koj puas ntog nyob rau hauv lub hlis dhau los?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
31.	Koj puas ntshai tsam ntog?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
32.	Koj puas xav tau kev pab ua tej yam xws li hauv qab no?	



200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

a) pab da dej los sis ntxuav ib ce	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
b) Kev nce ntaiv	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
c) Kev noj mov	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
d) Kev Hnag Ris Tsho	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
e) Kev txhuam hniav, zawv plaub hau, chais plaub hwj txwv	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
f) Npaj zaub mov los sis ua zaub mov	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
g) Pab tsa sawv ntawm lub txaj los sis lub rooj zaum muaj log	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
h) Kev tawm mus yuav khoom thiab nrhiav khoom noj	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
i) Kev siv chav dej	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
j) Taug kev mus los	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
k) Ntxuav twj tais los sis ntxhua khaub ncaws	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
l) Sau daim nyiaj tshv los sis khaws tej nyiaj txiag	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
m) Tsav tshv thauj mus ntsib tug kws kho mob los sis mus ntsib koj cov phooj ywg	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
n) Ua tej hauj lwm hauv vaj hauv tsev los sis sab nraum lub tiaj nyom	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj
o) Coj mus saib tsev neeg los sis cov phooj ywg	<input type="checkbox"/> Muaj	<input type="checkbox"/> Tsis Muaj

	p) Kev siv xov tooj	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	q) Pab soj qab xyuas tej kev teem caij mus kuaj mob	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
33.	Yog teb tias xav tau rau ib nqi saum toj saud, koj puas xav txais tag nrho cov kev pab uas koj xav tau no?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
34.	Koj puas muaj cov neeg hauv tsev neeg los sis lwm cov neeg txaus siab thiab tuaj yeem pab koj thaum koj xav tau nws?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
35.	Koj puas xav tias koj tus neeg zov muaj sij hawm nyuaj los muab txhua yam kev pab uas koj xav tau?	<input type="checkbox"/> Xav <input type="checkbox"/> Tsis Xav <input type="checkbox"/> Kuv tsis muaj neeg zov.
36.	Puas muaj qee zaus uas koj tsis muaj nyiaj them tej khoom noj, nqis khiab tsev nyob, tej nqi dej thiab hluav taws xob, thiab nqi tshuaj?	<input type="checkbox"/> Xav Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
37.	Puas muaj ib tug neeg siv koj cov nyiaj uas koj tsis tau pom zoo?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
38.	Ib daim foos hais tseg ua ntej yog ib hom lus qhia rau koj tus neeg hlub paub txog tej kev xaiv saib xyuas mob nkeeg uas koj xav tau yog muaj mob loj rau koj tus kheej. Koj puas muaj ib daim foos sau tseg txog kev tswj txoj sia los sis ib daim foos hais tseg ua ntej?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
	a) Yog Muaj, nws sau txog dab tsi rau hauv hom ntawv no?	
	b) Yog Muaj, koj tus kws PCP/Tus Kws Kho Mob puas muaj ib	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj



200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

	daim ntawv theej?	
	c) Yog Tsis Muaj, Puas xav kom kuv xa tej ntaub ntawv ntxiv tuaj rau koj?	<input type="checkbox"/> Xav <input type="checkbox"/> Tsis Xav
39.	(Txhawm Rau Cov Nqe Lus Nug 39 txog 44, tsuas teb tau yog muaj hnuv nyoog 13 xyoo los sis siab dua xwb) Hauv lub sij hawm peb lub hlis dhau los, koj puas xav tias koj yuav tsum txo los sis tso tseg kev haus dej haus cawv los sis siv tej tshuaj muaj yees?	<input type="checkbox"/> Xav <input type="checkbox"/> Tsis Xav
40.	Hauv peb lub hlis dhau los, puas muaj ib tug neeg tau ze koj los sis ua rau koj npau taw uas hais kom koj txo los sis tso tseg kev haus dej haus cawv los sis siv tej tshuaj muaj yees?	<input type="checkbox"/> Xav <input type="checkbox"/> Tsis Xav
41.	Hauv peb lub hlis dhau los, koj puas hnov tias koj yog neeg tsis zoo los sis neeg phem ntau npaum li cas txog qhov kev haus dej haus cawv los sis siv tej tshuaj muaj yees?	<input type="checkbox"/> Xav <input type="checkbox"/> Tsis Xav
42.	Hauv peb lub hlis dhau los, koj puas tau sawv los es xav haus dej haus cawv los sis siv tej tshuaj muaj yees?	<input type="checkbox"/> Xav <input type="checkbox"/> Tsis Xav
43.	Koj puas hnov zoo li tias muaj ib qho teeb meem los ntawm kev haus dej haus cawv los sis siv tej tshuaj muaj yees?	<input type="checkbox"/> Hnov Tau <input type="checkbox"/> Tsis Hnov Tau
44.	Yog teb tias yog rau nqe lus 39-43, koj puas xav kom ib Tug Thawj Tswj Xyuas Teeb Meem hu xov tooj tuaj rau koj txhawm rau muab kev pab txhawb/kev qhuab qhia?	<input type="checkbox"/> Muaj <input type="checkbox"/> Tsis Muaj
45.	Hauv 2 lub lwm tiam dhau los, koj muaj kev txaus siab los sis kev zoo siab ua tej hauj lwm no npaum li cas?	<input type="checkbox"/> Tsis muaj hlo li <input type="checkbox"/> Muaj ntau hnuv <input type="checkbox"/> Ntau dua ib nrab ntawm cov hnuv <input type="checkbox"/> Yuav luag txhua hnuv

Daim Ntawv Ntsuam Xyuas kev Noj Qab Haus Huv

46.	Hauv lub sij hawm 2 lub lwm tiam dhau los, koj puas hnov tsis zoo, ntxhov siab los sis tag kev cia siab?	<input type="checkbox"/> Tsis muaj hlo li <input type="checkbox"/> Muaj ntau hnuv <input type="checkbox"/> Ntau dua ib nrab ntawm cov hnuv <input type="checkbox"/> Yuav luag txhua hnuv
47.	Ib lub hli dhau los (30 hnuv), muaj puas tsawg hnuv uas koj hnov kho siab zim?	<input type="checkbox"/> Tsis muaj li – Kuv yeej tsis hnov kho siab li <input type="checkbox"/> Tsawg dua 5 hnuv <input type="checkbox"/> Ntau dua ib nrab ntawm cov hnuv (ntau dua 15 hnuv) <input type="checkbox"/> Yuav luag txhua hnuv – Kuv yeej hnov kho siab tas li
48.	Koj puas ntshai ib tug neeg los sis ntshai tsam ib tug neeg ua rau koj muaj mob?	<input type="checkbox"/> Ntshai <input type="checkbox"/> Tsis Ntshai
<p>Ua tsaug uas koj siv lub sij hawm los sau daim ntawv tshawb fawb no tiav. Tej zaum yuav muaj ib tug neeg hu tuaj rau koj.</p> <p>Yog koj xav tau kev pab tshwj xeeb los muab kev saib xyuas rau koj li kev noj qab haus huv, peb tuaj yeem tham txog feem koj xav tau rau hauv "Pawg Kws Saib Xyuas Ntau Yam" los sis yam uas peb pheej hu tias kev ua tau raws li qhov "ICT". Peb yuav tsum suav txog cov tswv cuab ntawm koj pawg kws saib xyuas, piv txwv koj thawj tus kws kho mob, koj tus thawj tswj xyuas teeb meem, koj tus neeg zov, thiab koj tus kheej. Pawg kws ua hauj lwm no tuaj yeem los ntsib koj tim ntsej tim muag los sis hu xov tooj los sis ua hauj lwm ua ke rau txoj kev npaj kom tau raws li feem xav tau rau koj li kev noj qab haus huv.</p> <p>Thov qhia tias koj twb tau nyeem thiab to taub tej hais los saum toj saud lawm: _____</p>		



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Առողջության հարցում

Անդամի անունը՝ Այս հարցաշարը լրացնող անձը՝ Այս հարցաշարը լրացնող անձի հեռախոսահամարը՝ Անդամի հետ կապը՝		Անդամի տան հեռախոսահամարը՝ Անդամի բջջային հեռախոսահամարը՝ Անդամի առողջապահական խնամքի ID՝ Անդամի ծննդյան ամսաթիվը՝ / / Այսօրվա ամսաթիվը: / /
ՀԱՐՑ		ՊԱՏԱՍԽԱՆ
1.	Ձեզ անգլերենից բացի այլ լեզու հարկավո՞ր է:	<input type="checkbox"/> Արաբերեն <input type="checkbox"/> Կրեոլերեն <input type="checkbox"/> Ֆրանսերեն <input type="checkbox"/> Մանդարին <input type="checkbox"/> Ռուսերեն <input type="checkbox"/> Սոմալի <input type="checkbox"/> Իսպաներեն <input type="checkbox"/> Վիետնամերեն <input type="checkbox"/> Ոչ մի <input type="checkbox"/> Այլ լեզու
2.	Եթե այլ լեզու, ինդորում ենք նշել՝	
3.	Դուք որևէ նախապատվություն ունե՞ք, որի մասին մենք պետք է տեղեկանանք:	Նշեք բոլոր կիրառելիները՝ <input type="checkbox"/> Մշակութային նախապատվություններ Մանրամասն նկարագրեք մշակութային նախապատվությունները՝ _____ <input type="checkbox"/> Լսողության խանգարում Մանրամասն նկարագրեք լսողության խանգարման նախապատվությունները՝ _____ <input type="checkbox"/> Գրագիտություն Մանրամասն նկարագրեք գրագիտության նախապատվությունները՝



200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802

Առողջության հարցում

		<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Կրոն/Հոգևոր կարիքներ կամ նախապատվություններ</p> <p>Մանրամասն նկարագրեք կրոնական/հոգևոր որևէ կարիք կամ նախապատվություն՝</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Տեսողության խանգարում</p> <p>Մանրամասն նկարագրեք տեսողության խանգարման նախապատվությունները՝</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Այլ հատուկ նախապատվություններ</p> <p>Մանրամասն նկարագրեք որևէ հատուկ նախապատվություն՝</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ոչ մի</p>
4.	Ո՞րն է Ձեր հիմնական առողջական մտահոգությունն այս պահին:	
5.	Դուք հղի՞ եք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Կիրառելի չէ
6.	Դուք որևէ խնդիր ունե՞ք Ձեր թոքերի հետ կապված, ինչպես օրինակ՝ ասթմա, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն կամ ցիստիկ ֆիբրոզ:	<input type="checkbox"/> Ասթմա <input type="checkbox"/> Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն (COPD) <input type="checkbox"/> Ցիստիկ ֆիբրոզ <input type="checkbox"/> Ոչ մի
7.	Դուք որևէ խնդիր ունե՞ք Ձեր սրտի կամ շրջանառության հետ կապված, ինչպես	<input type="checkbox"/> Նախասրտերի ֆիբրիլյացիա



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Առողջության հարցում

	<p>օրինակ՝ նախասրտերի ֆիբրիլյացիա, սրտի իշեմիկ հիվանդություն, ծայրամասային զարկերակների հիվանդություն, սրտանոթային անբավարարություն կամ կաթված:</p>	<p><input type="checkbox"/> Սրտի իշեմիկ հիվանդություն/Ծայրամասային զարկերակների հիվանդություն</p> <p><input type="checkbox"/> Սրտային անբավարարություն</p> <p><input type="checkbox"/> Ուղեղանոթային պատահար/Կաթված</p> <p><input type="checkbox"/> Բարձր ճնշում</p> <p><input type="checkbox"/> Ոչ մի</p>
8.	<p>Դուք որևէ խնդիր ունե՞ք երիկամների հետ կապված, ինչպես օրինակ՝ երիկամների քրոնիկ հիվանդություն կամ երիկամային հիվանդության վերջնային փուլ՝ դիալիզով:</p>	<p><input type="checkbox"/> Երիկամների քրոնիկ հիվանդություն</p> <p><input type="checkbox"/> Երիկամային հիվանդության վերջնային փուլ՝ դիալիզով</p> <p><input type="checkbox"/> Ոչ մի</p>
9.	<p>Արդյո՞ք Ձեր բժիշկն ախտորոշել է Ձեզ մոտ վարքային խանգարում, ինչպես օրինակ՝ դեպրեսիա, շիզոֆրենիա կամ երկբևեռ խանգարում:</p>	<p><input type="checkbox"/> Դեպրեսիա</p> <p><input type="checkbox"/> Շիզոֆրենիա</p> <p><input type="checkbox"/> Երկբևեռ</p> <p><input type="checkbox"/> Ոչ մի</p>
10.	<p>Ունե՞ք որևէ առողջական վիճակ, որ ազդում է Ձեր ուղեղի վրա, ինչպես օրինակ՝ նոպաներ, հիշողության խնդիրներ (թուլամտություն) կամ կաթված:</p>	<p><input type="checkbox"/> Նոպաներ</p> <p><input type="checkbox"/> Ուղեղանոթային պատահար/Կաթված</p> <p><input type="checkbox"/> Թուլամտություն</p> <p><input type="checkbox"/> Ալցհայմերի հիվանդություն</p> <p><input type="checkbox"/> Ուղեղի այլ խնդիրներ՝</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ոչ մի</p>
11.	<p>Դուք ցիռոզ ունե՞ք:</p>	<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>
12.	<p>Ունե՞ք մանգաղային բջիջների հիվանդություն:</p>	<p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>

13.	Դուք ՄԻԱՎ կամ ՁԻԱՀ ունե՞ք:	<input type="checkbox"/> ՄԻԱՎ <input type="checkbox"/> ՁԻԱՀ <input type="checkbox"/> Ոչ մեկը
14.	Դուք ակտիվ քաղցկեղ ունե՞ք, որը բուժվում է քիմիոթերապիայով, ճառագայթմամբ կամ վիրահատությամբ:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
15.	Դուք շաքարախտ (շաքար) ունե՞ք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
16.	Դուք ռևմատոիդ արթրիտ ունե՞ք	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
17.	Այլ առողջական խնդիրներ	<input type="checkbox"/> Այլ _____ _____ <input type="checkbox"/> Ոչ մի
18.	Վերջին 6 ամսում Դուք շտապ օգնության բաժանմունք դիմե՞լ եք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	ա) Եթե այո, քանի՞ անգամ եք շտապ օգնության բաժանմունք այցելել:	
	բ) Շտապ օգնության բաժանմունք այցելության նպատակը՝	
19.	Վերջին 6 ամսում Դուք գիշերն անցկացրե՞լ եք հիվանդանոցում:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	ա) Եթե այո, քանի՞ անգամ եք մնացել հիվանդանոցում:	
	բ) Եթե այո, հիվանդանոցում մնալու պատճառը՝	



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Առողջության հարցում

20.	Դուք հասկանում եք, թե ինչի համար են Ձեր դեղերը և ինչ նպատակով եք դրանք ընդունում:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Ոչ մի դեղատոմսով դեղ <input checked="" type="checkbox"/> Եթե ոչ, մենք խորհուրդ ենք տալիս՝ <ul style="list-style-type: none"> Դնել Ձեր դեղերը "Թ-դթե տոպրակի" մեջ և վերցնել Ձեզ հետ հաջորդ բժշկի այցելությանը: <p>ԿԱՄ</p> <ul style="list-style-type: none"> Չանգահարել մեր դեղագործին (855) 658-0918 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը, ով կուսումնասիրի Ձեր դեղերը և կպատասխանի ցանկացած հարցի:
21.	Ձեզ օգնություն հարկավոր է Ձեր դեղերի հետ կապված:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
22.	Ձեզ օգնություն հարկավոր է առողջապահական ձևաթղթերը լրացնելիս:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
23.	Ձեզ օգնություն հարկավոր է բժշկի այցելության ժամանակ հարցերին պատասխանելիս:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
24.	Համեմատելով Ձեր տարիքի այլ անձանց հետ, Դուք կասեիք, որ Ձեր առողջությունը՝	<input type="checkbox"/> Պերագանց է <input type="checkbox"/> Շատ լավ է <input type="checkbox"/> Լավ է <input type="checkbox"/> Բավարար է <input type="checkbox"/> Վատ է
25.	Ձեզ մոտ որևէ փոփոխություն ի հայտ եկել է մտածողության, հիշողության կամ որոշումներ կայացնելու հետ կապված:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
26.	Այս տարի գրիպի պատվաստում ստացել էք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

27.	Ի՞նչ պայմաններում եք այս պահին ապրում:	<input type="checkbox"/> Անօթևան եմ <input type="checkbox"/> Միայնակ եմ ապրում <input type="checkbox"/> Ապրում եմ խմբային տանը <input type="checkbox"/> Ապրում եմ ծերանոցում <input type="checkbox"/> Ապրում եմ ժամանակավոր կացարանում <input type="checkbox"/> Ապրում եմ աջակցման կենտրոնում <input type="checkbox"/> Ապրում եմ ընտանիքի անդամների հետ <input type="checkbox"/> Ապրում եմ ինձ հետ առնչություն չունեցող անձանց հետ <input type="checkbox"/> Ապրում եք կնոջ/ամուսնու հետ <input type="checkbox"/> Ապրում եմ տանից դուրս վայրում <input type="checkbox"/> Ապրում եմ այլ նահանգի բժշկական հաստատությունում <input type="checkbox"/> Վերոնշյալներից ոչ մեկը <input type="checkbox"/> Այլ
	ա) Եթե այլ, խնդրում ենք նկարագրել՝	
28.	Կարո՞ղ եք արդյոք անվտանգ ապրել և հեշտությամբ շարժվել տան մեջ:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
29.	Եթե ոչ, արդյո՞ք Ձեր ապրած վայրն ունի՝	
	ա) Լավ լուսավորություն	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	բ) Լավ ջեռուցում	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

	զ) Լավ օդորակում	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	դ) Բազրիք աստիճանների կամ թեքահարթակների վրա	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Չ/Ա – Աստիճաններ կամ թեքահարթակներ չկան
	ե) Տաք ջուր	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	զ) Չուգարան տան մեջ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	է) Դրսի դռան փական	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	ը) Դեպի տուն գնացող աստիճաններ կամ տան մեջի աստիճաններ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	թ) Վերելակ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	ժ) Անվասայլակն օգտագործելու տարածք	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Չ/Ա – Ինձ անվասայլակ հարկավոր չէ:
	ի) Ազատ ճանապարհ տնից դուրս գալու համար	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
30.	Անցյալ ամսվա ընթացքում Դուք վայր ընկե՞լ եք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
31.	Դուք վախենո՞ւմ եք վայր ընկնելուց:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
32.	Ձեզ օգնություն հարկավո՞ր է ստորև նշված գործողությունների համար:	
	a) Լոգանք կամ ցնցուղ ընդունելը	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	b) Աստիճաններով բարձրանալը	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	c) Մնվելը	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

	d) Հազնվելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	e) Ատամները խոզանակելը, մազերը սանրելը, սափրվելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	f) Ուտելիք պատրաստելը կամ եփելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	g) Անկողնուց կամ աթոռից վեր կենալը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	h) Առևտուր անելը կամ ուտելիք ստանալը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	i) Չուգարանից օգտվելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	j) Քայլելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	k) Ամանները կամ շորերը լվանալը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	l) Չեկեր դուրս գրելը կամ դրամի հաշվարկ պահելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	m) Բժշկի գնալը կամ ընկերներին այցելելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	n) Տնային կամ այգու գործեր անելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	o) Ընտանիքի անդամներին կամ ընկերներին այցելելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	p) Հեռախոսից օգտվելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
	q) Ժամադրություններին հետևելը	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
33.	Եթե այո եք պատասխանում վերոնշյալներից որևէ մեկին, ստանում եք արդյո՞ք այդ գործողությունների հետ կապված ամբողջ անհրաժեշտ օգնությունը:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ

34.	Դուք ընտանիքի անդամներ կամ այլ անձինք ունե՞ք, ովքեր ցանկություն ունեն և կարող են օգնել անհրաժեշտության դեպքում:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
35.	Դուք երբևիցե մտածում եք, որ Ձեր խնամողը դժվարանում է տրամադրել Ձեզ անհրաժեշտ ամբողջ օգնությունը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Ես խնամող չունեմ:
36.	Երբևիցե Ձեր դրամը վերջանու՞մ է ուտելիքի, տան վարձի, հաշիվների և դեղերի համար վճարելու համար:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
37.	Որևէ մեկն օգտագործու՞մ է Ձեր դրամն առանց Ձեր թույլտվության:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
38.	Նախնական հրահանգը փաստաթուղթ է, որը Ձեր հարազատներին թույլ է տալիս իմանալ առողջապահական խնամքի Ձեր ընտրություններն, եթե Դուք չափից ավելի հիվանդ եք ինքներդ որոշում կայացնելու համար: Դուք կտակ կամ նախնական հրահանգ ունե՞ք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	ա) Եթե Այո, ի՞նչ տեսակի փաստաթուղթ է դա:	
	բ) Եթե Այո, արդյո՞ք Ձեր PCP/Բժիշկն ունի դրա պատճենը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	գ) Եթե Ոչ, կարո՞ղ եմ արդյոք ուղարկել Ձեզ հավելյալ տեղեկություններ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

39.	(Հարցեր 39-ից մինչև 44, պատասխանեք միայն, եթե 13 և ավելի տարեկան եք) Վերջին երեք ամսվա ընթացքում, զգացել եք արդյոք, որ պետք է կրճատեք կամ դադարեք խմելը կամ թմրադեղեր օգտագործելը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
40.	Վերջին երեք ամսվա ընթացքում, որևէ մեկը գայրացրել կամ նյարդայնացրել է Ձեզ՝ ասելով, որ Դուք պետք է կրճատեք կամ դադարեցնեք խմելը կամ թմրադեղեր օգտագործելը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
41.	Վերջին երեք ամսվա ընթացքում, մեղավոր կամ վատ զգացել եք խմելու կամ թմրադեղեր օգտագործելու պատճառով:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
42.	Վերջին երեք ամսվա ընթացքում, եղել է ժամանակ, որ արթնացել եք՝ ցանկանալով ոգելից խմիչք խմել կամ թմրադեղ օգտագործել:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
43.	Դուք զգու՞մ եք, որ թմրադեղերի կամ ավոհոլի հետ կապված խնդիրներ ունեք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
44.	Եթե այո եք պատասխանում 39-43 հարցերին, ցանկանու՞մ եք արդյոք, որ Ձեր Գործի կառավարիչը զանգահարի Ձեզ՝ աջակցություն/ուսուցում տրամադրելու համար:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
45.	Վերջին 2 շաբաթվա ընթացքում, որքա՞ն հաճախ եք հետաքրքրության կամ հաճույքի պակաս զգացել որևէ բան անելուց:	<input type="checkbox"/> Երբեք <input type="checkbox"/> Մի քանի անգամ <input type="checkbox"/> Օրերի կեսից ավելին <input type="checkbox"/> Գրեթե ամեն օր
46.	Վերջին 2 շաբաթվա ընթացքում որքա՞ն հաճախ եք Ձեզ անտրամադիր, ընկճված կամ անհույս զգացել:	<input type="checkbox"/> Երբեք <input type="checkbox"/> Մի քանի անգամ <input type="checkbox"/> Օրերի կեսից ավելին <input type="checkbox"/> Գրեթե ամեն օր



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Առողջության հարցում

47.	Վերջին ամսվա ընթացքում (30 օր), քանի՞ օր եք միայնակ զգացել:	<input type="checkbox"/> Ոչ մի – Ես երբեք միայնակ չեմ զգում <input type="checkbox"/> 5 օրից պակաս <input type="checkbox"/> Օրվա կեսերից ավելին (ավելի քան 15 օր) <input type="checkbox"/> Օրերի մեծ մասը – Ես միշտ միայնակ եմ զգում
48.	Դուք վախենո՞ւմ եք որևէ մեկից կամ որևէ մեկը Ձեզ վնասու՞մ է:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
<p>Շնորհակալություն, որ ժամանակ տրամադրեցիք հարցաշարը լրացնելու համար: Որևէ մեկը թերևս կկապվի Ձեզ հետ:</p> <p>Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է հարկավոր Ձեր առողջության մասին հոգալու համար, մենք կարող եք քննարկել Ձեր կարիքները “Միջդիսցիպլինար խնամքի թիմի”, կամ, ինչպես մենք այն անվանում ենք՝ “ICT” հանդիպման ժամանակ: Մենք կներառենք Ձեր խնամքի թիմի անդամներին, օրինակ՝ Ձեր առաջնային խնամքի բժշկին, Ձեր գործի կառավարչին, Ձեր խնամողին և Ձեզ: Այս թիմը կարող է հանդիպել անձամբ կամ հեռախոսով և միասին աշխատել՝ Ձեր առողջապահական կարիքները բավարարող ծրագիր մշակելու համար:</p> <p>Խնդրում ենք դնել Ձեր անվան սկզբնատառերը՝ հաստատելով, որ կարդացել և հասկացել եք վերոնշյալը՝ _____</p>		

<p>ឈ្មោះរបស់សមាជិក៖</p> <p>អ្នកបំពេញការស្ទង់មតិនេះ៖</p> <p>ចូរសរសេរឈ្មោះអ្នកបំពេញការស្ទង់មតិនេះ៖</p> <p>ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖</p>	<p>លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះរបស់សមាជិក៖</p> <p>លេខទូរសព្ទវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់សមាជិក៖</p> <p>ចំនួនទំនាក់ទំនងសុខភាពរបស់សមាជិក៖</p> <p>ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់សមាជិក៖</p> <p>កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ / /</p>
---	--

សំណួរ	ការឆ្លើយតប
-------	------------

1.	តើអ្នកត្រូវការភាសាដទៃក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> ភាសាអារ៉ាប់ <input type="checkbox"/> ភាសាប្រុកមូល <input type="checkbox"/> ភាសាបារាំង <input type="checkbox"/> ភាសាចិនកុកធី <input type="checkbox"/> ភាសាស្ប៉ូ <input type="checkbox"/> ភាសាស៊ុម៉ាលី <input type="checkbox"/> ភាសាអេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> ភាសាវៀតណាម <input type="checkbox"/> មិនត្រូវការ <input type="checkbox"/> ភាសាដទៃទៀត
2.	ប្រសិនបើភាសាដទៃទៀត សូមបញ្ជាក់៖	
3.	តើអ្នកមានតម្រូវការពិសេសដទៃទៀតដែលពួកយើងត្រូវដឹងដែរឬទេ?	<p>សូមជ្រើសរើសធាតុដើមដែលត្រូវនឹងអ្នកទាំងអស់៖</p> <p><input type="checkbox"/> ចំណូលចិត្តលើវប្បធម៌ណាមួយ</p> <p style="padding-left: 40px;">ការបន្ថែមចំណូលចិត្តលើវប្បធម៌ណាមួយ</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ភាពអន់ថយនៃការស្តាប់</p> <p style="padding-left: 40px;">ការបន្ថែមភាពអន់ថយនៃការស្តាប់</p> <p style="padding-left: 40px;">ចំណូលចិត្ត៖</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> អក្ខរកម្ម</p> <p style="padding-left: 40px;">ការបន្ថែមនូវចំណូលចិត្តអក្ខរកម្ម៖</p> <p>_____</p>

		<input type="checkbox"/> តម្រូវការ ឬចំណូលចិត្តនៃសាសនា/ផ្លូវចិត្ត ការបន្ថែមលើតម្រូវការនៃសាសនា/ផ្លូវចិត្ត ចំណូលចិត្ត៖ _____
		<input type="checkbox"/> ភាពអន់ថយនៃការមើលឃើញ ការបន្ថែមលើភាពអន់ថយនៃការមើលឃើញ ចំណូលចិត្ត៖ _____
		<input type="checkbox"/> ចំណូលចិត្តពិសេសដទៃទៀត ការបន្ថែមលើចំណូលចិត្តពិសេសដទៃទៀត _____
		<input type="checkbox"/> គ្មាន
<p>4. តើអ្វីទៅជាបញ្ហាសុខភាពចំបងរបស់អ្នកនៅពេលបច្ចុប្បន្ន?</p>		
<p>5. តើអ្នកកំពុងមានផ្លូវពោះមែនឬទេ?</p>		<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ
<p>6. តើអ្នកមានបញ្ហាសួត ដូចជាជំងឺហឺត ជំងឺស្ទះផ្លូវដង្ហើម ៣០ មី ឬក្រិនសួតដែរឬទេ?</p>		<input type="checkbox"/> ជំងឺហឺត <input type="checkbox"/> ជំងឺស្ទះផ្លូវដង្ហើម ៣០ មី (COPD) <input type="checkbox"/> ក្រិនសួត <input type="checkbox"/> គ្មាន
<p>7. តើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយបេះដូងអ្នក ឬចរន្តឈាម ដូចជាជំងឺកត្រាក់សាច់ដុំបេះដូង ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺសរសៃឈាម ជំងឺខ្សោយបេះដូង ឬជំងឺអាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាលដែរឬទេ?</p>		<input type="checkbox"/> ជំងឺកត្រាក់សាច់ដុំបេះដូង <input type="checkbox"/> សរសៃឈាមបេះដូង/សរសៃឈាម ជំងឺ

		<input type="checkbox"/> ជំងឺខ្លាចរយៈពេលវែង <input type="checkbox"/> ជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល <input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម <input type="checkbox"/> គ្មាន
8.	តើអ្នកមានបញ្ហាតម្រងនោម ដូចជាជំងឺតម្រងនោមរុំ រឺ ឬជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយដោយការលាងឈាមដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> ជំងឺតម្រងនោមរុំ រឺ <input type="checkbox"/> ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយដោយការលាងឈាម <input type="checkbox"/> គ្មាន
9.	តើគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកបានធ្វើតេស្តវិទ្យុសាស្ត្រស្ថានភាពអាកប្បកិរិយានៃសុខភាពដូចជាជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ជំងឺវិកលចរិត ឬជំងឺបាញ់ប្រាប់ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត <input type="checkbox"/> ជំងឺវិកលចរិត <input type="checkbox"/> ជំងឺបាញ់ប្រាប់ <input type="checkbox"/> គ្មាន
10.	តើអ្នកមានលក្ខណៈណាមួយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ខួរក្បាលរបស់អ្នកដូចជា អាគប្រកាច់ ការចងចាំ(ជំងឺរើរវាយ) ឬជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាលដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> អាគប្រកាច់ <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់សរសៃឈាមខួរក្បាល/ជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល <input type="checkbox"/> ជំងឺរើរវាយ <input type="checkbox"/> ជំងឺភ្នែកភ្លាំង <input type="checkbox"/> ស្ថានភាពខួរក្បាលដទៃទៀត៖ <hr/> <input type="checkbox"/> គ្មាន
11.	តើអ្នកមានអាគប្រកាច់ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
12.	តើអ្នកមានជំងឺកោសិកាឈាមក្រហមដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
13.	តើអ្នកមានជំងឺ HIV ឬអេដស៍ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> អេដស៍ <input type="checkbox"/> គ្មានទាំងពីរ

14.	តើអ្នកមានជំងឺមហារីកដែលកំពុងព្យាបាលដោយសារធាតុគីមី វិទ្យុសកម្ម ឬការវះកាត់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
15.	តើអ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម(ជាតិស្ករ)ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
16.	តើអ្នកមានរោគរលាកសន្លាក់ឆ្អឹងឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
17.	លក្ខខណ្ឌដទៃទៀត	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____ _____ <input type="checkbox"/> គ្មាន
18.	តើអ្នកបានចូលទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងអំឡុងពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	a) បើមាន តើអ្នកបានចូលចំនួនប៉ុន្មានដង?	
	b) ហេតុផលដែលអ្នកចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់៖	
19.	តើអ្នកបានសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យយូរយប់នៅក្នុងអំឡុងពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	a) បើមាន តើអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យប៉ុន្មានដេរ?	
	b) បើមាន សូមបញ្ជាក់អំពីហេតុផលដែលអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ៖	

20.	តើអ្នកដឹងថាថ្នាំរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ជំងឺអ្វី និងមូលហេតុដែលអ្នកត្រូវដឹកវាដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> គ្មានថ្នាំដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាទេ <input checked="" type="checkbox"/> បើគ្មាន យើងសូមណែនាំ៖ <ul style="list-style-type: none"> • សូមដាក់ថ្នាំរបស់អ្នកក្នុង “កញ្ចប់ពណ៌ត្នោត” រួចយកវាទៅតាមអ្នកពេទ្យក្នុងគ្រូបរបស់អ្នកនៅពេលប្រាកដ។ ឬ <ul style="list-style-type: none"> • ទូរសព្ទទៅកាន់ឱសថការីរបស់យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (855) 658-0918, TTY: 711, ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ដែលពួកគាត់នឹងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវថ្នាំរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក។
21.	តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដឹកថ្នាំរបស់អ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
22.	តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទសុខភាពឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
23.	តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការឆ្លើយសំណួរក្នុងកិច្ចប្រជុំរបស់អ្នកនៅក្នុងគ្រូបឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
24.	បើប្រៀបធៀបទៅនឹងអ្នកដែលមានអាយុស្របប្រាកដ តើអ្នកគិតថាសុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតណាដែរ?	<input type="checkbox"/> ល្អឥតខ្ចោះ <input type="checkbox"/> ល្អណាស់ <input type="checkbox"/> ល្អ <input type="checkbox"/> បង្អួច <input type="checkbox"/> អន់
25.	តើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរការគិត ការចងចាំ ឬការសម្រេចចិត្តណាមួយឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
26.	តើអ្នកបានទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺផ្លាស្មាយជំងឺនៅក្នុងឆ្នាំនេះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
27.	តើសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នយ៉ាងណាដែរ?	<input type="checkbox"/> គ្មានទីជម្រក <input type="checkbox"/> រស់នៅម្នាក់ឯង

		<input type="checkbox"/> រស់នៅក្នុងផ្ទះរួមគ្នា <input type="checkbox"/> រស់នៅមណ្ឌលចាស់ជរា <input type="checkbox"/> រស់នៅដោយមានទីជម្រក <input type="checkbox"/> រស់នៅក្នុងមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយសម្រាប់ការរស់នៅ <input type="checkbox"/> រស់នៅជាមួយគ្រួសារដទៃទៀត <input type="checkbox"/> រស់នៅជាមួយអ្នកមិនជាប់សាច់ឈាម <input type="checkbox"/> រស់នៅជាមួយប្តី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> រស់នៅកន្លែងក្រៅពីផ្ទះ <input type="checkbox"/> រស់នៅក្រៅពីមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋ <input type="checkbox"/> គ្មានក្នុងជម្រើសខាងលើ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត
	a) ប្រសិនបើមានផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់៖	
28.	តើអ្នកអាចរស់នៅ និងធ្វើដំណើរដោយសុវត្ថិភាពនៅជុំវិញផ្ទះអ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
29.	ប្រសិនបើមិនអាច តើកន្លែងដែលអ្នករស់នៅមាន៖	
	a) ពន្លឺល្អ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	b) កម្ដៅគ្រប់គ្រាន់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	c) ត្រជាក់គ្រប់គ្រាន់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	d) មានបង្គាប់ដៃនៅតាមជណ្តើរ ឬផ្លូវឡើងជណ្តើរ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> គ្មាន — គ្មានជណ្តើរ ឬផ្លូវឡើងជណ្តើរឡើយ

	e) ទឹកក្តៅ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	f) បន្ទប់ទឹកនៅក្នុងផ្ទះ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	g) ទ្វារទៅសាលាខាងក្រៅ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	h) ធុរកិច្ចនៅក្នុងផ្ទះ ឬជណ្តើរ នៅក្នុងផ្ទះ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	i) ជណ្តើរយន្ត	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	j) ទីធ្លាសម្រាប់ប្រើកៅស៊ូ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
		<input type="checkbox"/> គ្មាន - ខ្ញុំមិនត្រូវការកៅស៊ូឡើយទេ។	
	k) ផ្លូវចេញពីផ្ទះស្រឡះ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
30.	តើអ្នកមានដួលនៅក្នុងរយៈពេលមួយខែចុងក្រោយនេះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
31.	តើអ្នកខ្លាចការដួលឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
32.	តើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយសកម្មភាពដែលបង្ហាញខាងក្រោមនេះឬទេ?		
	a) ងូតទឹក ឬងូតទឹកផ្កាឈូក	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	b) ដើរឡើងជណ្តើរ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	c) ទទួលទានអាហារ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	d) ផ្លាស់សម្លៀកបំពាក់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	e) ដុះធ្មេញ សិតសក់ កោរពាម	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	f) ចម្អិនអាហារ ឬធ្វើម្ហូប	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ

	g) ងើបចេញពីគ្រែ ឬកៅអី	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	h) ទិញទំនិញ ឬទិញអាហារ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	i) ប្រើប្រាស់បង្គុំ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	j) ដើរ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	k) លាងចាន ឬបោកខោអាវ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	l) សរសេរសែក ឬតាមដានទឹកប្រាក់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	m) ស្វែងរកយានជំនិះទៅជួបគ្រូពេទ្យ ឬទៅជួបមិត្តភក្តិ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	n) ធ្វើការងារផ្ទះ ឬនៅទីធ្លា	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	o) ចេញក្រៅទៅលេងគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	p) ប្រើប្រាស់ទូរសព្ទ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	q) តាមដានការណាត់ជួប	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
33.	ប្រសិនបើជម្រើសខាងលើត្រូវនឹងអ្នក តើអ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយដែលអ្នកត្រូវការទាំងអស់ជាមួយនឹងសកម្មភាពទាំងនេះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
34.	តើអ្នកមានសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកណាផ្សេងដែលនឹងអាចជួយអ្នកនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
35.	តើអ្នកធ្លាប់គិតថា អ្នកថែទាំអ្នក មានការលំបាកក្នុងការផ្តល់ជំនួយដែលអ្នកត្រូវការទាំងអស់ទៅដល់អ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំគ្មានអ្នកថែទាំទេ។	
36.	តើពេលខ្លះអ្នកធ្លាប់គ្មានលុយសម្រាប់ទិញអាហារ បង់ថ្លៃផ្ទះ បង់ថ្លៃសេវាផ្សេងៗ និងបង់ថ្លៃថ្នាំពេទ្យឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ

37.	តើមានអ្នកណាដែលកំពុងប្រើប្រាស់លុយរបស់អ្នក ដោយគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
38.	ការណែនាំជាមុន គឺជាទំនងមួយដែលអាចឱ្យអ្នកដែលអ្នកស្រឡាញ់ដឹងពីជម្រើសថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកលឺឆ្លង់និងមិនអាចសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។ តើអ្នកមានពាក្យបណ្តាំ ឬការណែនាំជាមុនដែលត្រូវធ្វើជាប្រសូរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	បើមាន តើវាជាឯកសារប្រភេទណា?	
	បើមាន តើPCP/គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកមាន សេចក្តីចម្លងដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	បើគ្មាន តើខ្ញុំអាចផ្តល់ ព័ត៌មានបន្ថែមដល់អ្នកបានដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
39.	(សម្រាប់សំណួរទី 39ដល់44 សូមផ្តល់ចម្លើយ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 13ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ) ក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកបានកាត់បន្ថយ ឬឈប់ផឹកស្រា ឬប្រើប្រាស់ថ្នាំឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
40.	ក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះ តើមានអ្នកណាខំខិតខំដោយប្រាប់ឱ្យអ្នកកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការផឹកស្រា ឬប្រើប្រាស់ថ្នាំឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
41.	ក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ខុសគ្នា ឬមិនល្អអំពីចំនួនស្រាដែលអ្នកបានផឹក ឬថ្នាំដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
42.	ក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះ តើអ្នកមានទំនោរចង់ផឹកស្រា ឬប្រើប្រាស់ថ្នាំពេលដែលអ្នកងើបពីគេងឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

43.	តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកមានបញ្ហាជាមួយថ្នាំ ឬស្រាប្បទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
44.	បើសិនជាចម្លើយរបស់អ្នកគឺបាទ/ចាសពីសំណួរ 39-43 តើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកគ្រប់គ្រងករណីនេះ ទូរសព្ទទៅអ្នកដើម្បីផ្តល់ជំនួយ/ចំណេះដឹងឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
45.	តើរយៈពេល 2 សប្តាហ៍នេះ តើអ្នកមានចំណាប់អារម្មណ៍ ឬការពិភាក្សាគិតគូរក្នុងការធ្វើស្តីមួយឬទេ?	<input type="checkbox"/> គ្មានទាល់តែសោះ <input type="checkbox"/> មានពីរបីថ្ងៃដែរ <input type="checkbox"/> ជាងពាក់កណ្តាលថ្ងៃ <input type="checkbox"/> ស្មើតែរាល់ថ្ងៃ
46.	តើរយៈពេល 2 សប្តាហ៍នេះ តើអ្នកមានអារម្មណ៍អន់ចិត្ត ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬអស់សង្ឃឹមជាអ្វីយប់ប៉ុណ្ណា?	<input type="checkbox"/> គ្មានទាល់តែសោះ <input type="checkbox"/> មានពីរបីថ្ងៃដែរ <input type="checkbox"/> ជាងពាក់កណ្តាលថ្ងៃ <input type="checkbox"/> ស្មើតែរាល់ថ្ងៃ
47.	ក្នុងរយៈពេលមួយខែចុងក្រោយ (30 ថ្ងៃ)នេះ តើមានប៉ុន្មានថ្ងៃដែលអ្នកមានអារម្មណ៍ថាឯក?	<input type="checkbox"/> ទេ - ខ្ញុំមិនដែលមានអារម្មណ៍ថាឯកទេ <input type="checkbox"/> តិចជាង 5 ថ្ងៃ <input type="checkbox"/> ជាងពាក់កណ្តាលថ្ងៃ (លើស 15 ថ្ងៃ) <input type="checkbox"/> ជាញឹកញាប់ - ខ្ញុំតែងតែមានអារម្មណ៍ថាឯក
48.	តើអ្នកខ្លាចនរណាម្នាក់ ឬខ្លាចនរណាម្នាក់ធ្វើបាបអ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

	<p>សូមអរគុណក្នុងការចំណាយពេលវេលាក្នុងការបំពេញការស្ទង់មតិនេះ។ នរណាម្នាក់នឹងធ្វើការទាក់ទងទៅអ្នក។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែមក្នុងការថែទាំសុខភាពអ្នក ពួកយើងអាចពិភាក្សាពីតម្រូវការរបស់អ្នកក្នុង “ក្រុមថែទាំដោយអ្នកជំនាញ” ឬក៏យើងហៅថា ការប្រជុំ “ICT”។</p> <p>ពួកយើងនឹងដាក់បញ្ចូលសមាជិកក្នុងក្រុមថែទាំរបស់អ្នក ដូចជាគ្រូពេទ្យបឋមរបស់អ្នក អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក អ្នកថែទាំអ្នក និងអ្នកផ្តល់ផងដែរ។ ក្រុមនេះអាចទៅជួយដោយផ្ទាល់ ឬតាមរយៈទូរសព្ទ និងធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីរៀបចំគម្រោងមួយដើម្បីបំពេញតម្រូវការការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។</p> <p>សូមចុះហត្ថលេខាដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកបានអាន និងយល់អំពីសេចក្តីខាងលើ៖ _____</p>
--	---

Survey Pangkalusugan

<p>Pangalan ng Miyembro:</p> <p>Taong Kukumpleto sa Survey na ito:</p> <p>Numero ng Telepono para sa Taong Kukumpleto sa Survey na ito:</p> <p>Ugnayan sa Miyembro:</p>	<p>Numero ng Telepono sa Bahay ng Miyembro:</p> <p>Numero ng Cell Phone ng Miyembro:</p> <p>Healthcare ID ng Miyembro:</p> <p>Petsa ng Kapanganakan ng Miyembro:</p> <p><u>Petsa Ngayong Araw:</u> / /</p>
--	---

TANONG		SAGOT
1.	Mayroon ka bang pangangailangan sa wikang bukod pa sa English?	<input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Somali <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Iba Pang Wika
2.	Kung Iba Pang Wika, pakisaad:	
3.	Mayroon ka bang anumang espesyal na kagustuhang dapat naming malaman?	<p>Lagyan ng tsek ang lahat ng nalalapat:</p> <p><input type="checkbox"/> Mga Kultural na Kagustuhan Isaad ang anumang kultural na kagustuhan: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Problema sa Pandinig Isaad ang anumang kagustuhan kaugnay ng problema sa pandinig: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kakayahan sa Pagbasa at Pagsulat Isaad ang anumang kagustuhan kaugnay ng kakayahan sa pagbasa at pagsulat:</p>

Survey Pangkalusugan

		<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Mga Kagustuhan o Pangangailangang Panrelihiyon/Pang-espiritwal</p> <p>Isaad ang anumang pangangailangan o kagustuhang Panrelihiyon o Pang-espiritwal:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Problema sa Paningin</p> <p>Isaad ang anumang kagustuhan kaugnay ng problema sa paningin:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Iba Pang Espesyal na Kagustuhan</p> <p>Isaad ang anumang espesyal na kagustuhan:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Wala</p>
4.	Ano ang iyong pangunahing alalahanin tungkol sa kalusugan sa ngayon?	
5.	Buntis ka ba?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Naaangkop
6.	Mayroon ka bang anumang problema sa iyong baga, tulad ng hika, chronic obstructive pulmonary disease, o cystic fibrosis?	<input type="checkbox"/> Hika <input type="checkbox"/> Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Wala
7.	Mayroon ka bang anumang problema sa iyong puso o sa pagdaloy ng iyong dugo tulad ng atrial fibrillation, coronary artery disease,	<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease/ Peripheral Arterial

Survey Pangkalusugan

	peripheral arterial disease, congestive heart failure, o stroke?	Disease <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure <input type="checkbox"/> Cerebral Vascular Accident/Stroke <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Wala
8.	Mayroon ka bang anumang problema sa iyong mga kidney tulad ng chronic kidney disease o end stage renal disease na naka-dialysis?	<input type="checkbox"/> Chronic Kidney Disease <input type="checkbox"/> End Stage Renal Disease na Naka-dialysis <input type="checkbox"/> Wala
9.	Na-diagnose ka ba ng iyong doktor na mayroon kang kundisyon sa kalusugan ng pag-uugali gaya ng depresyon, schizophrenia, o bipolar disorder?	<input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Schizophrenia <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Wala
10.	Mayroon ka bang anumang kundisyong nakakaapekto sa iyong utak tulad ng mga seizure, memorya (dementia), o stroke?	<input type="checkbox"/> Mga Seizure <input type="checkbox"/> Cerebral Vascular Accident/Stroke <input type="checkbox"/> Dementia <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease <input type="checkbox"/> Iba pang kundisyon sa utak: <hr/> <input type="checkbox"/> Wala
11.	Mayroon ka bang cirrhosis?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
12.	Mayroon ka bang sickle cell?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
13.	Mayroon ka bang HIV o AIDS?	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Wala ng alinman sa mga ito

Survey Pangkalusugan

14.	Mayroon ka bang aktibong kanser na ginagamot sa pamamagitan ng chemo, radiation, o operasyon?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
15.	Mayroon ka bang diyabetis (mga asukal)?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
16.	Mayroon ka bang rheumatoid arthritis?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
17.	Iba pang kundisyon	<input type="checkbox"/> Iba Pa _____ _____ <input type="checkbox"/> Wala
18.	Nagpatingin ka ba sa emergency room sa nakalipas na 6 na buwan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	a) Kung oo, ilang beses ka nagpatingin sa emergency room?	
	b) (Mga) dahilan para sa (mga) pagpapatingin sa ER:	
19.	Nanatili ka ba nang magdamag sa ospital sa nakalipas na 6 na buwan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	a) Kung oo, ilang beses kang nanatili sa ospital?	
	b) Kung oo, (mga) dahilan para sa (mga) pananatili sa ospital:	

Survey Pangkalusugan

20.	Nauunawaan mo ba kung para saan ang iyong mga gamot at kung bakit mo iniinom ang mga ito?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Walang inireresetang gamot <input checked="" type="checkbox"/> Kung Hindi, inirerekomenda naming: <ul style="list-style-type: none"> • Ilagay ang iyong mga gamot sa isang "Brown na Bag" at dalhin ang mga ito sa iyong susunod na pagpapatingin sa doktor. <input type="checkbox"/> O <ul style="list-style-type: none"> • Tawagan ang aming pharmacist sa (855) 658-0918, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. – 5 p.m., na siyang magsusuri sa iyong mga gamot at sasagot sa anumang tanong.
21.	Kailangan mo ba ng tulong sa pag-inom ng iyong mga gamot?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
22.	Kailangan mo ba ng tulong sa pagsagot ng mga form sa kalusugan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
23.	Kailangan mo ba ng tulong sa pagsagot ng mga tanong kapag nagpapatingin ka sa doktor?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
24.	Kumpara sa ibang kaedad mo, masasabi mo bang ang iyong kalusugan ay:	<input type="checkbox"/> Napakabuti <input type="checkbox"/> Mahusay <input type="checkbox"/> Mabuti <input type="checkbox"/> Katamtaman <input type="checkbox"/> Hindi Mabuti
25.	Nagkaroon ka ba ng anumang pagbabago sa iyong pag-iisip, pag-alala, o pagpapasya?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
26.	Nabakunahan ka na ba para sa trangkaso ngayong taon?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Survey Pangkalusugan

27.	Ano ang kasalukuyang sitwasyon ng iyong pamumuhay?	<input type="checkbox"/> Walang tirahan <input type="checkbox"/> Mag-isang naninirahan <input type="checkbox"/> Nakatira sa isang tirahan ng grupo <input type="checkbox"/> Nakatira sa isang pasilidad ng pangangalaga <input type="checkbox"/> Nakatira sa isang shelter <input type="checkbox"/> Nakatira sa isang pasilidad ng may tulong na pamumuhay <input type="checkbox"/> Nakatira kasama ang ibang pamilya <input type="checkbox"/> Nakatira kasama ng mga hindi kamag-anak <input type="checkbox"/> Nakatira kasama ang asawa <input type="checkbox"/> Nakatira sa out of home placement <input type="checkbox"/> Nakatira sa medikal na pasilidad na nasa labas ng estado <input type="checkbox"/> Wala sa nabanggit <input type="checkbox"/> Iba Pa
	a) Kung Iba Pa, pakisaad:	
28.	Kaya mo bang mamuhay nang ligtas at makagalaw nang maayos sa iyong bahay?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
29.	Kung Hindi, ang lugar bang tinitirahan mo ay may:	
	a) Maayos na ilaw	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	b) Maayos na heater	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	c) Maayos na cooler	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	d) Mga hawakan para sa anumang hagdan o rampa	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> N/A – Walang hagdan o rampa.

Survey Pangkalusugan

	e) Mainit na tubig	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	f) Banyo sa loob ng bahay	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	g) Isang pinto palabas na nala-lock	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	h) Hagdan paakyat sa bahay mo o hagdan sa loob ng iyong bahay	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	i) Elevator	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	j) Espasyo para makagamit ka ng wheelchair	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> N/A – Hindi ko kailangan ng wheelchair.
	k) Maluwang na daan palabas ng iyong bahay	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
30.	Nakaranas ka na ba ng pagkatumba sa nakaraang buwan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
31.	Takot ka bang matumba?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
32.	Kailangan mo ba ng tulong sa alinman sa mga pagkilos na ipinapakita sa ibaba?	
	a) Pagligo o pagsha-shower	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	b) Pag-akyat sa hagdan	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	c) Pagkain	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	d) Pagbibihis	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	e) Pagsisipilyo, pagsusuklay ng buhok, pag-aahit	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	f) Paghahanda ng pagkain o pagluluto	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Survey Pangkalusugan

	g) Pagbangon sa higaan o pagtayo mula sa pagkakaupo	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	h) Pamimili at pagkuha ng pagkain	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	i) Pagbabanyo	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	j) Paglalakad	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	k) Paghuhugas ng mga pinggan o paglalaba ng mga damit	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	l) Pagsusulat ng mga tseke o pagsubaybay sa pera	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	m) Pagkuha ng masasakyan papunta sa doktor o para makipagkita sa mga kaibigan mo	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	n) Paglilinis ng bahay o paglilinis ng bakuran	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	o) Paglabas para bisitahin ang pamilya o mga kaibigan	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	p) Paggamit ng telepono	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	q) Pagsubaybay sa mga appointment	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
33.	Kung oo sa alinman sa nasa itaas, nakukuha mo ba ang lahat ng tulong na kailangan mo sa mga gawaing ito?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
34.	Mayroon ka bang mga kapamilya o kakilalang handang tumulong at makakatulong sa iyo kapag kailangan mo ng tulong?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala

Survey Pangkalusugan

35.	Naiisip mo bang nahhirapan ang iyong tagapag-alaga na tulungan ka sa tuwing kailangan mo siya?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Wala akong tagapag-alaga.
36.	Nauubusan ka ba minsan ng perang pambayad sa pagkain, renta, mga bayarin sa utilidad, at gamot?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
37.	Mayroon bang sinuman na gumagamit ng iyong pera nang walang pahintulot mo?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
38.	<p>Ang isang paunang direktiba ay isang form na nagpapaalam sa iyong mga mahal sa buhay tungkol sa mga pinili mo sa pangangalagang pangkalusugan kung malubha ang iyong karamdaman at hindi mo kayang ikaw mismo ang gumawa ng mga ito.</p> <p>Mayroon ka bang nakahandang living will o paunang direktiba?</p>	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	a) Kung Mayroon, anong uri ng dokumento ito?	
	b) Kung Mayroon, may kopya ba nito ang iyong PCP/Doktor?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
	c) Kung Wala, maaari ba kitang padalhan ng higit pang impormasyon?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
39.	<p>(Para sa Tanong 39 hanggang 44, sumagot lang kung ikaw ay 13 taong gulang o mas matanda)</p> <p>Sa nakalipas na tatlong buwan, naramdaman mo bang dapat mong bawasan o ihinto ang pag-inom ng alak o paggamit ng droga?</p>	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Survey Pangkalusugan

40.	Sa nakalipas na tatlong buwan, may kinainisan o napikon ka na ba dahil sinabihan kang bawasan o ihinto ang pag-inom ng alak o paggamit ng droga?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
41.	Sa nakalipas na tatlong buwan, nakaramdam ka ba ng pagkakonsensya o pagkalungkot tungkol sa kung gaano karami ang iyong iniinom na alak o ginagamit na droga?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
42.	Sa nakalipas na tatlong buwan, nagigising ka ba dahil gusto mong uminom ng alak o gumamit ng droga?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
43.	Pakiramdam mo ba ay may problema ka sa droga o alak?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
44.	Kung oo sa tanong 39-43, gusto mo bang tawagan ka ng isang Tagapamahala ng Kaso para bigyan ka ng suporta/turuan ka?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
45.	Sa nakalipas na 2 linggo, gaano kadalas kang nawalan ng gana o hindi nasisiyahang gumawa ng mga bagay?	<input type="checkbox"/> Hindi naman <input type="checkbox"/> Ilang araw <input type="checkbox"/> Mahigit sa isang linggo <input type="checkbox"/> Halos araw-araw
46.	Sa nakalipas na 2 linggo, gaano kadalas kang nalulungkot, nakakaramdam ng depresyon, o nawawalan ng pag-asa?	<input type="checkbox"/> Hindi naman <input type="checkbox"/> Ilang araw <input type="checkbox"/> Mahigit sa isang linggo <input type="checkbox"/> Halos araw-araw
47.	Sa nakalipas na isang buwan (30 araw), ilang araw kang nakaramdam ng pagkalungkot?	<input type="checkbox"/> Wala – Hindi ako kailanman nalulungkot <input type="checkbox"/> Mas kaunti sa 5 araw <input type="checkbox"/> Lampas sa kalahating buwan (mahigit 15 araw) <input type="checkbox"/> Halos araw-araw – Palagi akong nalulungkot
48.	May kinakatakutan ka bang sinuman o may nananakit ba sa iyo?	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala

Survey Pangkalusugan

	<p>Salamat sa paglalaan ng oras para kumpletuhin ang survey. Posibleng may makipag-ugnayan sa iyo.</p> <p>Kung kailangan mo ng kaunting karagdagang tulong sa pag-aasikaso sa iyong kalusugan, maaari nating talakayin ang iyong mga pangangailangan sa isang pagpupulong ng “Interdisciplinary na Team ng Pangangalaga (Interdisciplinary Care Team)” o na tinatawag din naming “ICT.” Isasama namin ang mga miyembro ng iyong team ng pangangalaga, halimbawa ang iyong doktor ng pangunahing pangangalaga, ang iyong tagapamahala ng kaso, ang iyong tagapag-alaga, at ang sarili mo. Maaaring magkita-kita ang team na ito sa personal o sa pamamagitan ng tawag sa telepono at magtutulongan ang mga miyembro nito para makabuo ng plano para matugunan ang iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.</p> <p>Lumagda para patunayang nabasa at nauunawaan mo ang nasa itaas: _____</p>	

<p>Tên Hội Viên:</p> <p>Người Hoàn Thành Khảo Sát Đây:</p> <p>Số Điện Thoại của Người Hoàn Thành Khảo Sát Đây:</p> <p>Mối Quan Hệ với Hội Viên:</p>	<p>Số Điện Thoại Nhà của Hội Viên:</p> <p>Số Điện Thoại Di Động của Hội Viên:</p> <p>ID Healthcare của Hội Viên:</p> <p>Ngày Sinh của Hội Viên: / /</p> <p><u>Ngày Hôm Nay:</u> / /</p>
--	--

CÂU HỎI	TRẢ LỜI
----------------	----------------

1.	<p>Quý vị có nhu cầu ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh không?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tiếng Ả-rập <input type="checkbox"/> Tiếng Creole <input type="checkbox"/> Tiếng Pháp</p> <p><input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại <input type="checkbox"/> Tiếng Nga <input type="checkbox"/> Tiếng Somali</p> <p><input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Việt</p> <p><input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Ngôn Ngữ Khác</p>
2.	<p>Nếu là Ngôn Ngữ Khác, vui lòng mô tả:</p>	
3.	<p>Quý vị có ưu tiên đặc biệt nào mà chúng tôi cần biết không?</p>	<p>Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Ưu Tiên Liên Quan Đến Văn Hóa</p> <p style="padding-left: 40px;">Mở rộng về ưu tiên liên quan đến văn hóa:</p> <p style="padding-left: 40px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Suy Giảm Thính Lực:</p> <p style="padding-left: 40px;">Mở rộng về ưu tiên liên quan đến suy giảm thính lực</p> <p style="padding-left: 40px;">:</p> <p style="padding-left: 40px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Khả Năng Đọc Viết</p> <p style="padding-left: 40px;">Mở rộng về ưu tiên liên quan đến khả năng đọc viết:</p> <p style="padding-left: 40px;">_____</p>

Khảo sát về Sức khỏe

		<p><input type="checkbox"/> Nhu Cầu hoặc Ưu Tiên Liên Quan Đến Tôn Giáo/Tâm Linh</p> <p>Mở rộng về nhu cầu hoặc ưu tiên liên quan đến Tôn Giáo/Tâm Linh</p> <p>:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Suy Giảm Thị Lực</p> <p>Mở rộng về ưu tiên liên quan đến suy giảm thị lực</p> <p>:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Các Ưu Tiên Đặc Biệt Khác</p> <p>Mở rộng về các ưu tiên đặc biệt khác:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Không có</p>
4.	Lo ngại chính về sức khỏe của quý vị hiện giờ là gì?	
5.	Quý vị có đang mang thai không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không áp dụng
6.	Quý vị có bất kỳ vấn đề nào với phổi, như bệnh hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hoặc bệnh xơ nang không?	<input type="checkbox"/> Bệnh hen suyễn <input type="checkbox"/> Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính (COPD) <input type="checkbox"/> Bệnh Xơ Nang <input type="checkbox"/> Không có
7.	Quý vị có bất kỳ vấn đề nào với tim hoặc hệ tuần hoàn của mình như rung nhĩ, bệnh mạch vành, bệnh động mạch ngoại vi, suy tim sung huyết hay đột quỵ không?	<input type="checkbox"/> Rung Nhĩ <input type="checkbox"/> Bệnh Mạch Vành/Bệnh Động Mạch Ngoại Vi <input type="checkbox"/> Suy Tim Sung Huyết <input type="checkbox"/> Tai Biến Mạch Máu Não/Đột Quỵ

		<input type="checkbox"/> Cao Huyết Áp <input type="checkbox"/> Không có
8.	Quý vị có bất kỳ vấn đề nào với thận như bệnh thận mạn tính hoặc bệnh thận giai đoạn cuối phải lọc máu không?	<input type="checkbox"/> Bệnh Thận Mạn Tính <input type="checkbox"/> Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối Phải Lọc Máu <input type="checkbox"/> Không có
9.	Bác sĩ của quý vị có chẩn đoán rằng quý vị mắc một tình trạng sức khỏe hành vi như trầm cảm, tâm thần phân liệt hoặc rối loạn lưỡng cực không?	<input type="checkbox"/> Trầm Cảm <input type="checkbox"/> Tâm Thần Phân Liệt <input type="checkbox"/> Rối Loạn Lưỡng Cực <input type="checkbox"/> Không có
10.	Quý vị có bất kỳ tình trạng nào ảnh hưởng đến não của quý vị như co giật, trí nhớ (mất trí nhớ) hoặc đột quỵ không?	<input type="checkbox"/> Co Giật <input type="checkbox"/> Tai Biến Mạch Máu Não/Đột Quỵ <input type="checkbox"/> Mất Trí Nhớ <input type="checkbox"/> Bệnh Alzheimer <input type="checkbox"/> Các tình trạng khác liên quan đến não: <hr style="width: 200px; margin-left: 0;"/> <input type="checkbox"/> Không có
11.	Quý vị có bị xơ gan không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
12.	Quý vị có bị hồng cầu hình liềm không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
13.	Quý vị có bị HIV hoặc AIDS không?	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Không
14.	Quý vị có bị ung thư hoạt động đang được điều trị bằng hóa trị, xạ trị hoặc phẫu thuật không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
15.	Quý vị có bị bệnh tiểu đường (đái tháo đường) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
16.	Quý vị có bị viêm thấp khớp không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

17.	Các tình trạng khác	<input type="checkbox"/> Khác _____ <input type="checkbox"/> Không có
18.	Quý vị có từng đến phòng cấp cứu trong vòng 6 tháng qua không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	a) Nếu có, quý vị đã đến phòng cấp cứu bao nhiêu lần?	
	b) (Các) Lý do đến phòng cấp cứu:	
19.	Quý vị có từng nằm viện qua đêm trong vòng 6 tháng qua không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	a) Nếu có, quý vị đã nằm viện qua đêm bao nhiêu lần?	
	b) Nếu có, (các) lý do khiến quý vị phải nằm viện:	
20.	Quý vị có hiểu tác dụng của các loại thuốc của quý vị và tại sao quý vị lại sử dụng chúng không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không có thuốc theo toa <input checked="" type="checkbox"/> Nếu Không, chúng tôi khuyến nghị: <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị nên cho thuốc của mình vào "Túi Nâu" và mang đến cuộc hẹn thăm khám tiếp theo với bác sĩ của quý vị. HOẶC <ul style="list-style-type: none"> • Gọi điện cho dược sĩ của chúng tôi theo số (855) 658-0918, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ

Khảo sát về Sức khỏe

		Sáu, 8 giờ sáng - 5 giờ chiều để được sĩ xem xét các loại thuốc của quý vị cùng quý vị và trả lời bất kỳ câu hỏi nào.
21.	Quý vị có cần được trợ giúp để uống thuốc không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
22.	Quý vị có cần được trợ giúp để điền các biểu mẫu sức khỏe không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
23.	Quý vị có cần được trợ giúp để trả lời các câu hỏi trong buổi thăm khám với bác sĩ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
24.	So với những người khác cùng độ tuổi, quý vị thấy sức khỏe của mình:	<input type="checkbox"/> Tuyệt Vời <input type="checkbox"/> Rất Tốt <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình Thường <input type="checkbox"/> Kém
25.	Quý vị có bất kỳ thay đổi nào trong việc suy nghĩ, ghi nhớ hoặc đưa ra quyết định không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
26.	Quý vị đã tiêm phòng cúm năm nay chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
27.	Hoàn cảnh sống hiện tại của quý vị là gì?	<input type="checkbox"/> Vô gia cư <input type="checkbox"/> Sống một mình <input type="checkbox"/> Sống trong nhà chung <input type="checkbox"/> Sống tại cơ sở điều dưỡng

		<input type="checkbox"/> Sống tại nhà trú ẩn <input type="checkbox"/> Sống tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt <input type="checkbox"/> Sống với gia đình khác <input type="checkbox"/> Sống với những người không phải là họ hàng <input type="checkbox"/> Sống với vợ/chồng <input type="checkbox"/> Không được sống tại nhà <input type="checkbox"/> Sống tại cơ sở y tế ngoài tiểu bang <input type="checkbox"/> Không có điều nào ở trên <input type="checkbox"/> Khác
	a) Nếu Khác, vui lòng mô tả:	
28.	Quý vị có thể sống một cách an toàn và di chuyển dễ dàng quanh nhà không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
29.	Nếu Không, nơi quý vị sống có:	
	a) Hệ thống đèn đủ sáng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	b) Hệ thống sưởi đủ ấm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	c) Hệ thống làm mát tốt	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	d) Lan can cho cầu thang hoặc đường dốc	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không áp dụng - Không có cầu thang hoặc đường dốc.
	e) Nước nóng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	f) Nhà vệ sinh trong nhà	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	g) Cửa khóa bên ngoài	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	h) Cầu thang để vào nhà hoặc cầu thang trong nhà	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

	i) Thang máy	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	j) Không gian để sử dụng xe lăn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không áp dụng - Tôi không cần xe lăn.
	k) Đường thông thoáng để ra khỏi nhà	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
30.	Quý vị có bị té ngã trong tháng trước không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
31.	Quý vị có sợ bị té ngã không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
32.	Quý vị có cần được trợ giúp với bất kỳ hoạt động nào dưới đây không?	
	a) Tắm bồn hoặc vòi hoa sen	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	b) Lên cầu thang	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	c) Ăn uống	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	d) Mặc quần áo	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	e) Đánh răng, chải đầu, cạo râu	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	f) Chuẩn bị đồ ăn hoặc nấu nướng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	g) Ra khỏi giường hoặc ghế	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	h) Mua sắm và mua đồ ăn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	i) Sử dụng nhà vệ sinh	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	j) Đi lại	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	k) Rửa bát hoặc giặt quần áo	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	l) Viết séc hoặc theo dõi tiền bạc	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	m) Đi đến bác sĩ hoặc gặp bạn bè	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

	n) Làm việc nhà hoặc làm vườn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	o) Ra ngoài để đi thăm gia đình hoặc bạn bè	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	p) Sử dụng điện thoại	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	q) Theo dõi các cuộc hẹn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
33.	Nếu quý vị trả lời có cho bất kỳ câu nào phía trên, thì quý vị có đang nhận được mọi sự trợ giúp mà quý vị cần cho những hoạt động đó không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
34.	Quý vị có người thân trong gia đình hay người nào sẵn sàng và có thể trợ giúp quý vị khi quý vị cần không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
35.	Quý vị có từng nghĩ rằng người chăm sóc của quý vị đã rất vất vả để cung cấp cho quý vị mọi sự trợ giúp mà quý vị cần không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tôi không có người chăm sóc.
36.	Quý vị có thỉnh thoảng bị hết tiền để thanh toán tiền đồ ăn, tiền thuê nhà, hóa đơn và thuốc men không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
37.	Có người nào sử dụng tiền của quý vị mà không có sự đồng ý của quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
38.	Chỉ thị trước là một biểu mẫu thông báo cho những người thân của quý vị biết các lựa chọn về chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị quá yếu để tự đưa ra lựa chọn. Quý vị có di chúc sống hoặc chỉ thị trước không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	a) Nếu Có, đó là loại tài liệu nào?	

	b) Nếu Có, PCP/Bác Sĩ của quý vị có bản sao của tài liệu đó không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	c) Nếu Không, tôi có thể gửi cho quý vị thêm thông tin không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
39.	(Chỉ trả lời các Câu Hỏi 39 đến 44 nếu từ 13 tuổi trở lên) Trong ba tháng qua, quý vị đã từng cảm thấy quý vị nên giảm hoặc ngừng uống rượu bia hay sử dụng chất gây nghiện chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
40.	Trong ba tháng qua, có ai làm quý vị bức mình hoặc khó chịu khi yêu cầu quý vị giảm hoặc ngừng uống rượu bia hay sử dụng chất gây nghiện không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
41.	Trong ba tháng qua, quý vị có cảm thấy tội lỗi hay tội tệ về số rượu bia hay chất gây nghiện mà quý vị sử dụng không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
42.	Trong ba tháng qua, có khi nào quý vị tỉnh giấc và muốn uống rượu bia hay sử dụng chất gây nghiện không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
43.	Quý vị có cảm thấy quý vị có vấn đề với chất gây nghiện hay rượu bia không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
44.	Nếu trả lời có cho câu hỏi 39-43, quý vị có muốn một Nhân Viên Quản Lý Trường Hợp gọi điện cho quý vị để hỗ trợ/cung cấp thông tin không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
45.	Trong 2 tuần qua, tần suất quý vị cảm thấy ít hứng thú hoặc vui vẻ khi làm việc?	<input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày
46.	Trong 2 tuần qua, tần suất quý vị cảm thấy thất vọng, chán nản hoặc tuyệt vọng?	<input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một nửa số ngày

Khảo sát về Sức khỏe

		<input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày
47.	Trong tháng qua (30 ngày), số ngày quý vị cảm thấy cô đơn?	<input type="checkbox"/> Không có - Tôi chưa bao giờ cảm thấy cô đơn <input type="checkbox"/> Dưới 5 ngày <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một nửa số ngày (nhiều hơn 15 ngày) <input type="checkbox"/> Hầu hết các ngày - Tôi luôn cảm thấy cô đơn
48.	Quý vị có sợ ai đó hoặc có ai đó đang làm tổn thương quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<p>Cảm ơn quý vị đã dành thời gian hoàn thành khảo sát này. Có thể sẽ có người liên hệ với quý vị.</p> <p>Nếu quý vị cần được trợ giúp thêm trong việc chăm sóc sức khỏe của mình, chúng ta có thể thảo luận về các nhu cầu của quý vị trong cuộc họp của "Nhóm Chăm Sóc Liên Ngành" hay còn gọi là "ICT". Chúng tôi sẽ đưa vào các thành viên trong nhóm chăm sóc của quý vị, ví dụ như bác sĩ chăm sóc chính, nhân viên quản lý trường hợp, người chăm sóc của quý vị và bản thân quý vị. Nhóm này có thể họp mặt trực tiếp hoặc qua điện thoại và làm việc cùng nhau để lập một kế hoạch đáp ứng các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của quý vị.</p> <p>Vui lòng ký tắt rằng quý vị đã đọc và hiểu những thông tin phía trên: _____</p>		



Send with all notices

"TAGLINES"

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-665-4621 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-665-4621 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرَجَى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب 1-888-665-4621 (711 تTY). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل ب 1-888-665-4621 (711 تTY). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រីន ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: [1-xxx-xxx-xxxx])。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-665-4621 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.



Send with all notices

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: [1-xxx-xxx-xxxx]) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-665-4621 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-665-4621 (711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-665-4621 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621



Send with all notices

(711). ਅਪਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-665-4621 (711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-665-4621 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: [1-xxx-xxx-xxxx]). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-665-4621 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-665-4621 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-665-4621 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyo ng ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-665-4621 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-665-4621 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. *Molina Healthcare follows* State and Federal civil rights laws. *Molina Healthcare* does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Molina Healthcare provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact *Molina Healthcare 7:00am-7:00pm* by calling 1-888-665-4621. If you cannot hear or speak well, please call 711. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate, Suite 100
Long Beach CA 90202

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that *Molina Healthcare* has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with *Molina Healthcare's Civil Rights Coordinator*. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- By phone: Contact *Molina Healthcare's Civil Rights Coordinator* between 8:30-5:30 p.m. by calling 1-866-606-3889. Or, if you cannot hear or speak well, please call 711

- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

*Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate, Suite 100
Long Beach CA 90202*

- In person: Visit your doctor's office or *Molina Healthcare* and say you want to file a grievance.
 - Electronically: Visit *Molina Healthcare's* website at www.molinahealthcare.com.
-

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.
-

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.