

Biểu mẫu Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe

Chỉ mất vài phút để điền thông tin vào mẫu Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe này. Bằng cách đó, quý vị sẽ giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn. Sau khi hoàn thành mẫu đơn, vui lòng gửi lại càng sớm càng tốt đến SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119. Nếu muốn, quý vị có thể cung cấp thông tin cho chúng tôi qua điện thoại bằng cách gọi **1(415) 539-2273** hoặc **711** (TTY). Thông tin của quý vị sẽ được bảo mật.

Quý vị có đồng ý trả lời các câu hỏi trong bản đánh giá này không?

Có

Không

Hướng dẫn:

- Vui lòng đọc từng câu hỏi và đánh dấu vào ô như thế này: cho câu trả lời của quý vị.
- Một số câu hỏi yêu cầu phải viết câu trả lời trên dòng. Vui lòng viết câu trả lời của quý vị vào dòng bên cạnh câu hỏi.

Họ:		Tên:	
Số ID của SFHP:		Mã nhận diện Người thụ hưởng Medicare (11 chữ số # trên Thẻ Medicare):	
Điện thoại (nhà riêng):	Điện thoại (di động):	Cho phép Nhắn tin Văn bản Có Không	
Email:		Cho phép Liên lạc qua Email: Có Không	
Địa chỉ:			
Thành phố:		Tiểu bang:	Mã Zip:
Ngày Sinh:	Giới tính:	Danh xưng: bà/cô ông/anh họ Khác:	

THÔNG TIN CHUNG

1. Có người nào giúp quý vị điền thông tin vào bản khảo sát này không?

Có, người chăm sóc của tôi Có, người giám hộ hợp pháp của tôi Có, gia đình hoặc bạn bè

Không, tôi đã tự điền thông tin vào bản khảo sát

Khác (vui lòng giải thích): _____

Không Áp dụng

Từ chối trả lời

Không biết

a. Nếu có, tại sao quý vị cần trợ giúp?

Không thể nhìn rõ

Không đọc tốt

Không hiểu một số câu hỏi

Khác (vui lòng giải thích): _____

Không Áp dụng

Từ chối trả lời

Không biết

b. Quý vị có thường cần trợ giúp điền thông tin vào các biểu mẫu về sức khỏe không?

Có

Không

Không Áp dụng

Từ chối trả lời

Không biết

2. Quý vị ưu tiên nói ngôn ngữ nào?

Tiếng Anh

Tiếng Tây Ban Nha

ASL

Tiếng Hoa

Tiếng Nga

Tiếng Việt

Tiếng Tagalog

Khác: _____

Không Áp dụng

Từ chối trả lời

3. Quý vị có bị điếc, có vấn đề về thính giác hoặc khó khăn nghiêm trọng về thính giác không?

Có

Không

Không Áp dụng

Từ chối trả lời

Không biết

4. Quý vị có bị mù hoặc khó khăn nghiêm trọng về khả năng nhìn, kể cả khi đeo kính không?

Có

Không

Không Áp dụng

Từ chối trả lời

Không biết

SỨC KHỎE TRƯỚC ĐÂY VÀ HIỆN TẠI

5. Về tổng thể, quý vị xếp loại sức khỏe của mình như thế nào?

Rất tốt	Tốt	Bình thường	Kém
Từ chối trả lời	Không biết		

6. Quý vị có Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) không?

Có	Không	Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết
----	-------	---------------	-----------------	------------

a. Lần cuối cùng quý vị đến gặp PCP hoặc bác sĩ của mình là khi nào?

Dưới 6 tháng	6–12 tháng trước	Hơn 1 năm trước	Không bao giờ
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết	

b. PCP của quý vị có chú ý đến các quan ngại của quý vị và có đối xử với quý vị lịch sự và tôn trọng không?

Có	Không	Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết
----	-------	---------------	-----------------	------------

7. Trong 6 tháng qua, quý vị có thường nhận được sự chăm sóc, xét nghiệm hoặc điều trị ngay khi có yêu cầu không?

Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết	

a. Trong 6 tháng qua, quý vị đã đến Phòng Cấp cứu bao nhiêu lần?

Khôngne	Một lần	Hai lần trở lên
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết

8. Trong 12 tháng qua, quý vị đã ở lại bệnh viện qua đêm bao nhiêu lần?

Khôngne	Một lần	Hai lần trở lên
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết

9. Quý vị đã bao giờ được điều trị hoặc được cho biết là quý vị mắc bất kỳ bệnh nào sau đây chưa?

Chọn tất cả mục thích hợp.

Bệnh Alzheimer hoặc Chứng mất trí nhớ khác

Lo âu

Viêm khớp

Hen suyễn

Rối loạn lưỡng cực

Ung thư

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)
hoặc khí phế thũng

Trầm cảm

Khuyết tật về phát triển

Bệnh tiểu đường

Thẩm phân

Động kinh hoặc co giật

Suy tim

Viêm gan C

Cao huyết áp

Tiền sử Cấy ghép

Tủy Xương Tim

Thận Gan

Khác : _____

HIV hoặc AIDS

Bệnh thận

Vấn đề về gan

Đa xơ cứng

Bệnh tâm thần phân liệt

Bệnh Parkinson

Mang thai, Ngày Dự sinh: _____

Quý vị có đang được chăm sóc tiền sinh không?

 Có Không

Đột quy

Các vấn đề về tuyến giáp

Khác : _____

Từ chối trả lời

Không xác định

CHĂM SÓC CHUYÊN KHOA

15. Hiện tại quý vị có đang nhận dịch vụ chăm sóc từ bác sĩ chuyên khoa không? (Bác sĩ chuyên khoa là bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ chuyên khoa tim, bác sĩ chuyên khoa da và các bác sĩ khác làm việc trong một lĩnh vực chăm sóc sức khỏe.)

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

Nếu có thì quý vị đang gặp ai và đến họ để làm gì? Ví dụ: Jane Smith, Chuyên khoa Ung thư

a. Trong 6 tháng qua, quý vị có thường đặt lịch hẹn với bác sĩ chuyên khoa ngay khi cần không?

Thường xuyên Thỉnh thoảng Hiếm khi Không bao giờ
Không Áp dụng Từ chối trả lời Không xác định

16. Lần cuối cùng quý vị khám bác sĩ chuyên khoa là khi nào?

Dưới 6 tháng 6–12 tháng trước Hơn 1 năm trước Không bao giờ
Không Áp dụng Từ chối trả lời Không xác định

a. Quý vị có hài lòng với các bác sĩ chuyên khoa của mình không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

b. PCP của quý vị có được thông báo và cập nhật đầy đủ về dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận từ tất cả các bác sĩ chuyên khoa của mình không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

17. Quý vị có bị đau làm ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày của mình không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

a. Nếu có thì quý vị cảm thấy đau ở đâu? _____

b. Theo thang điểm từ 0 đến 10 dưới đây, quý vị đánh giá mức độ đau của mình như thế nào? _____



0

Không Đau



2

Hơi Đau



4

Đau Hơn
Một chút



6

Đau Nhiều



8

Đau Rất
Nhiều



10

Đau Ghê
Gớm

SẮP XẾP CUỘC SỐNG VÀ HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY

18. Cuộc sống hiện tại của quý vị như thế nào?

Sống một mình	Đang trong tình trạng vô gia cư
Sống với gia đình, bạn bè hoặc bạn tình	Khách sạn/Nhà nghỉ
Sống với người chăm sóc có trả lương	Cơ sở hỗ trợ sinh hoạt
Lo bị mất tình trạng này trong vòng 2 tháng	
Khác (liệt kê): _____	
Từ chối trả lời	Không biết

19. Quý vị có sống an toàn và đi lại thuận tiện trong nhà của mình không?

Có	Không	Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết
----	-------	---------------	-----------------	------------

Nếu không thì nơi quý vị sống có:

Chiếu sáng tốt	Có	Không
Sưởi ấm tốt	Có	Không
Làm mát tốt	Có	Không
Lan can cầu thang hoặc tay vịn	Có	Không
Nước nóng	Có	Không
Phòng vệ sinh trong nhà	Có	Không
Cửa ra ngoài có khóa	Có	Không
Bậc cầu thang vào nhà và bậc cầu thang trong nhà	Có	Không
Thang máy	Có	Không
Không gian để sử dụng xe lăn	Có	Không
Lối đi thông thoáng để ra khỏi nhà	Có	Không

20. Quý vị có cần giúp đỡ bất kỳ kỳ hoạt động nào sau đây không?

	Từ chối trả lời	Không xác định
Tắm hoặc tắm vòi sen	Có	Không Áp dụng
Đi lên cầu thang	Có	Không Áp dụng
Ăn	Có	Không Áp dụng
Mặc quần áo	Có	Không Áp dụng
Đánh răng hoặc chải tóc, cạo râu	Có	Không Áp dụng
Nấu ăn	Có	Không Áp dụng
Ra khỏi giường hoặc ghế	Có	Không Áp dụng
Mua sắm và thực phẩm	Có	Không Áp dụng
Sử dụng nhà vệ sinh	Có	Không Áp dụng
Đi bộ	Có	Không Áp dụng
Rửa chén bát hoặc giặt quần áo	Có	Không Áp dụng
Viết séc hoặc theo dõi tiền bạc	Có	Không Áp dụng
Chờ đến gặp bác sĩ hoặc bạn bè	Có	Không Áp dụng
Làm việc nhà hoặc làm vườn	Có	Không Áp dụng
Đi thăm gia đình hoặc bạn bè	Có	Không Áp dụng
Sử dụng điện thoại	Có	Không Áp dụng
Theo dõi lịch hẹn	Có	Không Áp dụng

a. Nếu có thì quý vị có được giúp đỡ cho tất cả các hoạt động này khi cần không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

21. Quý vị có bị ngã trong 3 tháng qua không? (Ngã là khi cơ thể bị rơi xuống đất mà không bị đẩy.)

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

a. Quý vị có sợ bị ngã không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

b. Quý vị có trao đổi với PCP về việc té ngã hoặc các vấn đề về thăng bằng hoặc đi lại không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

c. PCP của quý vị có khuyến cáo bất kỳ vấn đề nào sau đây không?

Chống gậy hoặc khung tập đi	Chương trình tập thể dục hoặc vật lý trị liệu	
Kiểm tra thị lực	Kiểm tra thính giác	
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không xác định

22. Quý vị có thành viên gia đình và người khác sẵn sàng giúp đỡ khi quý vị cần không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

a. Nếu có, hãy cho biết tên và mối quan hệ của người chăm :

23. Quý vị có nghĩ rằng người chăm sóc của mình khó có thể giúp tất cả những gì quý vị cần không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

a. Nếu có thì quý vị nghĩ người chăm sóc của mình cần hỗ trợ gì?

SỨC KHỎE TINH THẦN

28. Trong 2 tuần qua, quý vị có cảm thấy thất vọng, chán nản, hoặc tuyệt vọng không?

Không	Vài ngày	Hơn nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không xác định	

29. Trong 2 tuần qua, quý vị có ít quan tâm hoặc hứng thú làm việc không?

Không	Vài ngày	Hơn nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không xác định	

30. Trong 30 ngày vừa qua, có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy cô đơn?

Không - Tôi không bao giờ cảm thấy cô đơn	Dưới 5 ngày		
Hơn nửa số ngày (hơn 15 ngày)	Hầu hết các ngày - Tôi luôn cảm thấy cô đơn		
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết	

31. Trong năm qua, quý vị có sợ ai làm tổn thương mình không?

Có	Không	Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết
----	-------	---------------	-----------------	------------

32. Quý vị có ý nghĩ làm tổn thương bản thân hoặc người khác không?

Có	Không	Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết
----	-------	---------------	-----------------	------------

TIỀN SỬ XÃ HỘI

33. Quý vị có hút thuốc, thuốc lá điện tử hay sử dụng thuốc lá không?

Có	Không	Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết
----	-------	---------------	-----------------	------------

a. Nếu có thì quý vị có muốn được hỗ trợ để bỏ thuốc lá không?

Có	Không	Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không biết
----	-------	---------------	-----------------	------------

34. Quý vị có uống rượu thường xuyên không?

Không bao giờ	1 lần hoặc ít hơn mỗi tháng	2 đến 4 lần mỗi tháng
2 hoặc 3 lần một tuần	4 lần trở lên một tuần	
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không xác định

35. Một ngày bình thường nếu có thì quý vị uống bao nhiêu đồ uống có cồn?

1 đến 2 ly	3 đến 4 ly	5 ly trở lên
Không Áp dụng	Từ chối trả lời	Không xác định

LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE

36. Quý vị có người ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe và những lựa chọn khác cho mình không?

Không, tôi có thể tự lựa chọn

Có, tôi có một người bạn hoặc thành viên gia đình Tên và mối quan hệ _____

Có, tôi có người giám hộ hợp pháp Tên và mối quan hệ _____

Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

37. Quý vị có chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe không? (Đây là một tài liệu cho các bác sĩ và bệnh viện biết phải làm gì trong trường hợp quý vị không thể tự nói được.)

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

a. Nếu có thì loại nào?

Ý nguyện trị liệu Ủy quyền lâu dài về chăm sóc sức khỏe

Ủy quyền chăm sóc sức khỏe Lệnh bác sĩ điều trị duy trì sự sống (POLST)

Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

b. Nếu không thì quý vị có muốn nói chuyện với người nào về việc nhận chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

38. Quý vị có bất kỳ niềm tin văn hóa và tôn giáo nào ảnh hưởng đến lựa chọn điều trị của mình không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

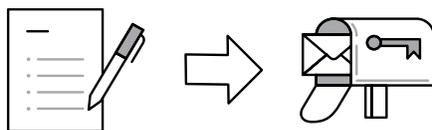
39. Quý vị muốn nhận thông tin về sức khỏe theo định dạng nào?

Viết (in) Viết (chữ in cỡ lớn) Chữ nổi Braille

Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết

40. Đánh giá này sẽ tạo các mục tiêu để giúp chúng tôi quản lý nhu cầu chăm sóc của quý vị. Quý vị có muốn nhận một bản sao những mục tiêu này gửi qua đường bưu điện sau khi có thông tin cập nhật quan trọng không?

Có Không Không Áp dụng Từ chối trả lời Không biết



Cảm ơn quý vị đã dành thời gian chia sẻ với chúng tôi trải nghiệm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Vui lòng gửi lại bản khảo sát này về địa chỉ: SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.

Một lần nữa, chào mừng quý vị đến với SFHP Care Plus. Chúng tôi hân hạnh được nhận quý vị là hội viên.

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để yêu cầu định dạng khác hoặc để được trợ giúp đọc tài liệu này và các tài liệu khác của SFHP, vui lòng gọi Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 539-2273** hoặc số miễn phí **1(833) 530-7327**. Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi **711** để sử dụng dịch vụ TTY.