

New Member Health Risk Assessment Form

Completing this Health Risk Assessment form will take just a few minutes. By doing so, you are helping us serve you better. Once you have completed the form, send it back as soon as possible in the enclosed postage-paid envelope. No stamp is needed.

If you prefer, **you can provide us the information over the phone by calling 1(415) 615-4580. Your information is Confidential**

Thank you for your time

1. Member Information

Member Name: _____
(Last) (First) (Middle)

Member Address: _____
(Street)

(City) (State) (Zip Code)

Phone: (____) _____ Best time to call: _____ am/pm

Email: _____

Date of Birth: _____ / _____ / _____ (Month)
(Day) (Year)

Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Transgender ☐ Decline to state
☐ Other _____

Medi-Cal ID Number (if known): _____

Language Preference (pick one):

☐ English	☐ Chinese	☐ Russian
☐ Spanish	☐ Cantonese	☐ Vietnamese
☐ ASL	☐ Mandarin	☐ Tagalog
☐ Other _____		

2. Do you currently see a Primary Care Provider (PCP)?

☐ Yes (If yes, please list your PCP's name) ☐ No

3. In general, how would you rate your health in the last 90 days?

☐ Excellent ☐ Very good ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

4. Do transportation issues ever stop you from going to medical appointments?

☐ Yes ☐ No

4a. If yes, would you like a referral for transportation assistance?

☐ Yes ☐ No

5. Where do you live now?

- ☐ Homeless (living on the street, in a park, in a bus station, subway, etc.)
 - ☐ In a shelter
 - ☐ Drop-In Center/Church bed
(residential, halfway or 3/4 house, etc.)
 - ☐ Drug treatment facility
 - ☐ Medical Respite
 - ☐ Other residential facility or institution (healthcare facility, hospital, SNF, etc.)
 - ☐ Temporary housing (single-room occupancy hotel, YMCA bed, etc.)
 - ☐ HIV/AIDS housing/group home
 - ☐ Staying with family/friends
 - ☐ Permanent (SRO, Supportive housing facility)
 - ☐ Non-lease SRO
 - ☐ Rent an apartment/house (alone or with others, section 8)
 - ☐ Own my home
 - ☐ Other: _____
-

6. Can you live safely and move easily around in your home? ☐ Yes ☐ No

6a. If no, does the place where you live have:

Check all that apply:

- | | |
|---|--|
| ☐ Good lighting | ☐ Stairs to get into your home or stairs inside your home |
| ☐ Good heating | ☐ Elevator |
| ☐ Good cooling | ☐ Space to use a wheelchair (if applicable) |
| ☐ Rails for stairs or ramps | ☐ Clear ways to exit your home |
| ☐ Hot water | |
| ☐ Indoor toilet | |
| ☐ A door to the outside that locks | |

7. Do you sometimes run out of money to pay for food, rent, bills, and medicine?

☐ Yes ☐ No

8. Do you need help with any of the following activities?

(Check that all apply):

- | | |
|--|--|
| ☐ Taking a bath or shower | ☐ Getting food/home-delivered meals |
| ☐ Getting dressed | ☐ Housing |
| ☐ Eating | ☐ Affording utilities |
| ☐ Walking | ☐ Getting a ride to the doctor or to see your friends |
| ☐ Going up stairs | ☐ Getting out of a bed or a chair |
| ☐ Making meals or cooking | ☐ Brushing teeth or hair or shaving |
| ☐ Using the toilet | ☐ Washing dishes or clothes |
| ☐ Using the phone | ☐ Taking medications |
| ☐ Keeping track of appointments | ☐ Filling out health forms |
| ☐ Doing house or yard work | |
| ☐ Managing money or writing checks | |
| ☐ Shopping | |
| ☐ Answering questions during a doctor's visit | |
| ☐ Going out to visit family or friends | |
| ☐ Other: _____ | |

8a. If yes, are you getting all of the help you need with these actions?

☐ Yes ☐ No

9. Do you have family members or others willing to help you when you need it?

☐ Yes ☐ No

10. Do you think your caregiver has a hard time giving you all of the help you need?

☐ Yes ☐ No ☐ I do not have a caregiver

11. Has a doctor prescribed 10 or more medications for you within the past 90 days?

☐ Yes ☐ No

12. Do you have difficulties taking your medications as prescribed?

☐ Yes ☐ No

13. Do you ever have trouble getting or refilling your prescribed medications?

☐ Yes ☐ No

14. Do you have End Stage Renal Disease (ESRD)?

- | | |
|--|---|
| ☐ Yes – not on dialysis treatment | ☐ Yes – will start dialysis in next 6 months |
| ☐ Yes – on dialysis treatment | ☐ No |
| ☐ Don't know | |

15. Have recently had, been approved for, or are you waiting for a transplant?

- ☐ Yes ☐ No

15a. If yes, what organ(s)? _____

15b. Location of care or name of the doctor? _____

16. Are you being treated for cancer at this time?

- ☐ Yes ☐ No

16a. Type? _____

16b. Are you currently receiving chemotherapy or radiation therapy?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Both

17. Are you HIV positive?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

17a. Have you been diagnosed with AIDS?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

18. Are you currently on home oxygen?

- ☐ Yes ☐ No

19. Do you currently need help getting any of the following medical equipment?

(Check that all apply)

- | | |
|---|---|
| ☐ Cane | ☐ Toileting device / Bedside commode |
| ☐ CPAP (for sleep apnea) | ☐ Ventilator |
| ☐ Hospital bed | ☐ Walker |
| ☐ Nebulizer | ☐ Wheelchair |
| ☐ Oxygen | ☐ None |
| ☐ Scooter | ☐ Need repairs with current medical equipment. Specify _____ |

☐ Other _____

20. Are you currently pregnant?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

20a. If yes, when is your due date? _____ / _____ / _____

20b. Have you already seen your prenatal provider?

☐ Yes ☐ No

20c. If no, do you need a referral for prenatal provider?

☐ Yes ☐ No

21. Do you have diabetes?

☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

22. Do you have asthma or Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)?

☐ Yes - Asthma

☐ Yes - both Asthma and COPD

☐ Yes COPD

☐ No

☐ Don't know

23. Have you gone to the emergency department (ED) or been admitted to the hospital in the last 90 days?

☐ Yes ☐ No

If yes, how many times within the last 90 days?

☐ None

☐ 1-2

☐ 3-4

☐ 4 or more

24. Have you fallen in the last month?

☐ Yes ☐ No

24a. Are you afraid of falling?

☐ Yes ☐ No

25. Have you gotten help (seen a therapist or gotten medication) for mental health or emotional problems within the past year?

☐ Yes ☐ No

25a. If yes, are you currently taking any medications for your mental health or emotional problems?

☐ Yes ☐ No

25b. If not, would you like a referral for your mental health or emotional problems?

☐ Yes ☐ No

26. Have you had any changes in thinking, remembering, or making decisions?

☐ Yes ☐ No

27. Are you afraid of anyone or is anyone hurting you?

☐ Yes ☐ No

28. Is anyone using your money without your ok?

☐ Yes ☐ No

29. Over the past month (30 days), how many days have you felt lonely?

☐ None – I never feel lonely

☐ Less than 5 days

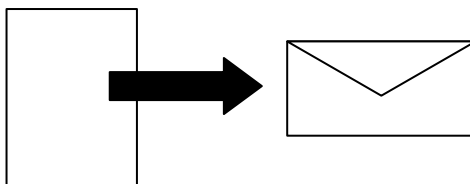
☐ More than half the days

☐ Most days – I always feel lonely

30. Do you currently work with/receive services from a case manager or social worker?

☐ Yes ☐ No ☐ Not Sure

30a. If yes, please enter social worker/case manager name, and agency, if known.



Thank you for taking the time to share your healthcare experience with us.

Please return this survey in the enclosed postage-paid envelope. No stamp is needed.

Again, welcome to San Francisco Health Plan. We are pleased to have you as a member.

If you are hearing impaired, please call the TDD/TYY line at **1(415) 547-7830**, toll-free at **1(888) 883-7347** or through the California Relay Service at **711**. You may request this document in alternative formats like Braille, large size print, and audio. To request other formats, or for help with reading this document and other SFHP materials, please call Customer Service at **1(415) 547-7800** or toll-free at **1(800) 288-5555**.

新會員健康風險評定表

請花幾分鐘填寫此健康風險評定表。填寫此表格可幫助我們更好地為您服務。完成此表格後，請盡快將放入隨附的已付郵資的信封內寄回。不需要貼郵票。

如果您願意，您也可以透過電話向我們提供這些資訊，電話：1(415) 615-4580。
您的資訊為保密資訊

感謝您花時間填寫此表

1. 會員資訊

會員姓名： _____
(姓) (名) (中間名)

會員地址： _____
(街道)

(市) (州) (郵遞區號)

電話： () 最佳致電時間： am/pm

電子郵箱： _____

出生日期 ____/____/____
(年) (月) (日)

性別： ☐ 男 ☐ 女 ☐ 跨性別 ☐ 拒絕說明
☐ 其他 _____

Medi-Cal ID 編號 (若知道)： _____

語言偏好 (選擇一項)：

☐ 英語	☐ 中文	☐ 俄語
☐ 西班牙語	☐ 粵語	☐ 越南語
☐ ASL	☐ 普通話	☐ 他加祿語
☐ 其他 _____		

2. 您最近是否去主治醫生 (PCP) 處就診過？

☐ 是 (如果是，請列出您的 PCP 的姓名) ☐ 否

3. 您如何評價您過去 90 天內的總體健康狀況？

☐ 非常好 ☐ 很好 ☐ 好 ☐ 一般 ☐ 差

4. 您是否遇到妨礙您赴醫療約診的交通問題？

☐ 是 ☐ 否

4a. 如果是，您想要我們就交通援助為您轉診嗎？

☐ 是 ☐ 否

5. 現居何處？

☐ 無家可歸 (居住在街上、公園、公共汽車站、地鐵等。)

☐ 庇護所

☐ 收容中心/教堂住宿

(住宅房屋、教習所或 3/4 房屋等。)

☐ 藥物治療設施

☐ 醫療喘息護理所

☐ 其他居住設施或機構 (醫療保健設施、醫院、SNF 等。)

☐ 臨時住所 (賓館單人間、YMCA 床鋪等。)

☐ HIV/AIDS 住宅/團體之家

☐ 與家人/朋友居住

☐ 永久住所 (SRO、支援性居住設施)

☐ 非租賃性質的 SRO

☐ 租用公寓/房子 (單租或合租，見第 8 條)

☐ 擁有自己的住宅

☐ 其他：

6. 您能在您的住所內安全生活和自由走動嗎？☐ 是 ☐ 否

6a. 如果否，那麼您住的地方是否具備以下條件：

核選所有適用項：

☐ 照明良好

☐ 供暖良好

☐ 散熱良好

☐ 樓梯或坡道有扶手

☐ 熱水

☐ 室內廁所

☐ 通往室外的門可以上鎖

☐ 進入您的住所要走樓梯
或您的住所內有樓梯

☐ 電梯

☐ 使用輪椅的空間 (若適用)

☐ 離開您的住所的無阻礙路線

7. 您是否為了支付食物、租金、賬單和醫藥費用，有時要花光所有的錢？

☐ 是 ☐ 否

8. 您從事以下活動時是否需要幫助？

(核選所有適用項)：

☐ 洗澡或淋浴

☐ 穿衣

☐ 進餐

☐ 步行

☐ 上樓梯

☐ 做飯或烹飪

☐ 如廁

☐ 打電話

☐ 記住約診

☐ 做家務或庭院勞作

☐ 理財或開具支票

☐ 購物

☐ 在醫生看診時回答問題

☐ 外出拜訪家人或朋友

☐ 其他：_____

☐ 獲取食物/家庭

送餐

☐ 提供住房

☐ 負擔水電費

☐ 乘車去看醫生或

看您的朋友

☐ 從床上或椅子上下來

☐ 刷牙或梳頭或剃鬚

☐ 洗碗或洗衣服

☐ 服藥

☐ 填寫醫療表格

8a. 如果是，您是否就這些活動獲得了您所需要的幫助？

☐ 是 ☐ 否

9. 是否有家庭成員或其他人願意在您需要時來幫助您？

☐ 是 ☐ 否

10. 您是否認為您的看護者難以為您提供所有您需要的幫助？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我沒有看護者

11. 是否有醫生在過去 90 天內為您開處了 10 種或 10 種以上的藥物？

☐ 是 ☐ 否

12. 您在服用處方藥時有困難嗎？

☐ 是 ☐ 否

13. 您是否在獲取或續配處方藥時遇到困難？

☐ 是 ☐ 否

14. 您是否患有終末期腎臟病 (ESRD)？

☐ 是 — 未接受透析治療
☐ 是 — 正接受透析治療
☐ 不知道

☐ 是 — 將在未來 6 個
月內開始透析治療
☐ 否

15. 您最近是否獲得器官移植的核准，或者正在等待器官移植？

☐ 是 ☐ 否

15a. 如果是，那麼移植的是什麼器官？ _____

15b. 治療地點或醫生姓名？ _____

16. 您目前是否正在接受癌症治療？

☐ 是 ☐ 否

16a. 什麼類型？ _____

16b. 您目前是否正在接受化療或放射性治療？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 兩者都有

17. 您的 HIV 檢測呈陽性嗎？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

17a. 您是否曾被診斷患有 AIDS？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

18. 您目前是否正在進行家庭氧療？

☐ 是 ☐ 否

19. 您目前是否需要幫助以獲得以下任何一種醫療設備？

(核選所有適用項)

☐ 拐杖
☐ CPAP (針對睡眠呼吸中止癥)
☐ 醫院病床
☐ 霧化器
☐ 氧氣
☐ 踏板車

☐ 如廁設備/床邊便桶
☐ 呼吸機
☐ 助行器
☐ 輪椅
☐ 無
☐ 當前的醫療設備需要修理。請說明

☐ 其他 _____

20. 您目前是否懷孕？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

20a. 如果是，您的預產期是什麼時候？ _____ / _____ / _____

20b. 您是否已就診過產前服務提供者？

☐ 是 ☐ 否

20c. 如果否，您是否需要轉診至產前服務提供者？

☐ 是 ☐ 否

21. 您是否患有糖尿病？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

22. 您是否患有哮喘或慢性阻塞性肺疾病 (COPD)？

☐ 是 — 哮喘

☐ 是 — 哮喘和 COPD 都有

☐ 是 COPD

☐ 不知道

23. 您在過去 90 天內是否去過急診室 (ED) 或曾被送進醫院？

☐ 是 ☐ 否

如果是，在過去 90 天內發生過多少次？

☐ 無

☐ 1-2 次

☐ 3-4 次

☐ 4 次或以上

24. 過去一個月內是否跌倒過？

☐ 是 ☐ 否

24a. 您害怕跌倒嗎？

☐ 是 ☐ 否

25. 您在過去一年內是否獲得精神健康或情緒問題方面的幫助 (看理療師或獲取藥物)？

☐ 是 ☐ 否

25a. 如果是，您目前正在服用藥物治療您的精神健康或情緒問題嗎？

☐ 是 ☐ 否

25b. 如果否，您想就您的精神健康或情緒問題獲得轉診嗎？

☐ 是 ☐ 否

26. 您是否在思考、記憶或做決策方面有任何變化？

☐ 是 ☐ 否

27. 您是否害怕任何人或者是否有人正在傷害您？

☐ 是 ☐ 否

28. 是否有人在未獲得您的同意的情況下使用您的錢款？

☐ 是 ☐ 否

29. 過去一個月內 (30 天)，您有多少天感到孤獨？

☐ 無 — 我從來不會感覺孤獨

☐ 少於 5 天

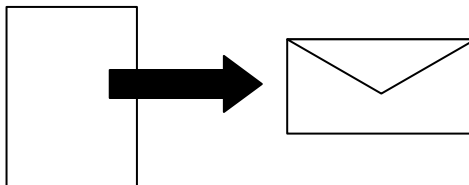
☐ 超過一半天數

☐ 大部分天數 — 我總是感覺孤獨

30. 您目前是否正在配合個案經理或社會工作者，或獲得他們提供的服務？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不確定

30a. 如果是，請輸入社會工作者/個案經理的姓名，以及代理機構的名稱 (若知道)。



感謝您抽出寶貴的時間與我們分享您的醫療保健體驗。
請使用隨附之已付郵資信封將此調查問卷寄回。不需要貼郵票。再次歡迎您加入

San Francisco Health Plan。很高興您成為我們的會員。

如果您是聽力受損者，請致電 TDD/TYY 專線，電話：
1(415) 547-7830，免費電話：1(888) 883-7347，或透過
California 電話中繼服務，電話 711。您可以索取本文件的
其他格式，如盲文、大號字體和音訊版本。申請其他格式
或需要幫助閱讀本文件和其他 SFHP 材料，請致電會員服
務部，電話：1(415) 547-7800 或免費電話：
1(800) 288-5555。

Formulario de Evaluación de riesgos de salud para miembros nuevos

Completar este formulario de Evaluación de riesgos de salud le tomará solo unos minutos. Al hacerlo, nos está ayudando a servirle mejor. Una vez que haya completado el formulario, envíelo de regreso tan pronto como sea posible en el sobre con porte pagado que se adjunta. No se necesita un sello postal.

Si lo prefiere, **puede proporcionarnos la información por teléfono llamando al 1(415) 615-4580. Su información es confidencial.**

Gracias por su tiempo.

1. Información del miembro

Nombre del miembro: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección del miembro: _____
(Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: () Mejor hora para llamar: a. m/p. m

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento

_____/_____/_____
(día) (mes) (año)

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ No especificado
☐ Otro _____

Número de identificación de Medi-Cal (si lo conoce): _____

Idioma preferido (elija uno):

☐ Inglés	☐ Chino	☐ Ruso
☐ Español	☐ Cantonés	☐ Vietnamita
☐ ASL	☐ Mandarín	☐ Tagalo
☐ Otro _____		

2. ¿Actualmente visita a un proveedor de atención primaria (PCP)?

☐ Sí (Si la respuesta es Sí, indique el nombre de su PCP) ☐ No

3. En general, ¿cómo calificaría su salud en los últimos 90 días?

☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Aceptable ☐ Mala

4. ¿Ha tenido problemas de transporte que le impidieron ir a sus citas médicas?

☐ Sí ☐ No

4a. Si la respuesta es Sí, ¿le gustaría una derivación médica para asistencia con el transporte?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Dónde vive ahora?

☐ Sin hogar (viviendo en la calle, en un parque, en una estación de autobuses, subterráneo, etc.)

☐ En un albergue

☐ Drop-in-Center (centro social de albergue)/church bed (albergue en una iglesia (residencial, intermedio o 3/4 casa, etc.)

☐ Centro de tratamiento por drogas

☐ Cuidados médicos temporales

☐ Otro centro o institución residencia (centro de atención médica, hospital, SNF, etc.)

☐ Vivienda temporal (habitación sencilla de hotel, cama en YMCA , etc.)

☐ Vivienda/grupo para personas con VIH/SIDA (HIV/AIDS)

☐ Está con familia/amigos

☐ Permanente, (SRO, centro de apoyo de vivienda)

☐ SRO no alquilada

☐ Renta un apartamento/casa (solo o con otros, sección 8)

☐ Tengo casa propia

☐ Otro: _____

6. ¿Puede vivir de forma segura y moverse fácilmente por su casa? [] Sí [] No

6a. Si la respuesta es no, el lugar donde vive tiene:

Marque todas las que aplican:

- | | |
|--|---|
| ☐ Buena iluminación | ☐ Escaleras hacia el interior de su casa o escaleras dentro de su casa |
| ☐ Buena calefacción | ☐ Elevador |
| ☐ Buen aire acondicionado | ☐ Espacio para usar una silla de ruedas (si corresponde) |
| ☐ Pasamanos para las escaleras o rampas | ☐ Pasillos despejados para salir de su casa |
| ☐ Agua caliente | |
| ☐ Inodoro interior | |
| ☐ Una puerta al exterior con llave | |

7. ¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las facturas y los medicamentos?

[] Sí [] No

8. ¿Necesita ayuda con cualquiera de las siguientes actividades?

(Marque todo lo que aplica):

- | | |
|---|--|
| ☐ Tomar un baño o una ducha | ☐ Obtener comida/comidas a domicilio |
| ☐ Vestirse | ☐ Vivienda |
| ☐ Comer | ☐ Pago de servicios |
| ☐ Caminar | ☐ Trasladarse al médico o para visitar a sus amigos |
| ☐ Subir las escaleras | ☐ Salir de la cama o de una silla de ruedas |
| ☐ Preparar comidas o cocinar | ☐ Lavarse los dientes, peinarse o afeitarse |
| ☐ Usar el inodoro | ☐ Lavar los platos o la ropa |
| ☐ Usar el teléfono | ☐ Tomar medicamentos |
| ☐ Llevar el control de sus citas | ☐ Llenar formularios médicos |
| ☐ Hacer tareas del hogar o del patio | |
| ☐ Administrar dinero o redactar cheques | |
| ☐ Ir de compras | |
| ☐ Responder preguntas durante una consulta al médico | |
| ☐ Salir para visitar familiares o amigos | |
| ☐ Otro: _____ | |

8a. Si la respuesta es sí, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita con estas actividades?

[] Sí [] No

9. ¿Tiene familiares u otras personas dispuestas a ayudarlo cuando lo necesite?
☐ Sí ☐ No

10. ¿Considera que su cuidador ha tenido dificultad para brindarle toda la ayuda que necesita?
☐ Sí ☐ No ☐ No tengo un cuidador

11. ¿Un médico le ha recetado 10 o más medicamentos en los últimos 90 días?
☐ Sí ☐ No

12. ¿Tiene dificultad para tomar sus medicamentos según lo indicado?
☐ Sí ☐ No

13. ¿Ha tenido alguna vez problemas para obtener o volver a surtir sus medicamentos?
☐ Sí ☐ No

14. ¿Tiene enfermedad renal en etapa final (ESRD)?
☐ Sí – sin tratamiento de diálisis ☐ Sí – empezaré tratamiento de diálisis en los próximos 6 meses
☐ Sí – en tratamiento de diálisis ☐ No
☐ No sabe ☐ No

15. ¿Ha recibido recientemente la aprobación para o está esperando por un trasplante?
☐ Sí ☐ No

15a. Si la respuesta es sí, ¿qué órgano(s)? _____

15b. ¿Lugar de atención o nombre del médico? _____

16. ¿Está bajo tratamiento para el cáncer en este momento?
☐ Sí ☐ No

16a. ¿De qué tipo? _____

16b. ¿Está recibiendo actualmente quimioterapia o radioterapia?
☐ Sí ☐ No ☐ Ambos

17. ¿Es usted VIH (HIV) positivo?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

17a. ¿Ha sido diagnosticado con SIDA (AIDS)?
☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

18. ¿Actualmente utiliza oxígeno en el hogar?
☐ Sí ☐ No

19. ¿Necesita actualmente ayuda para obtener cualquiera del siguiente equipo?

(Marque todo lo que aplica)

- | | |
|--|---|
| ☐ Bastón | ☐ Dispositivos para el baño/baño portátil |
| ☐ CPAP (para apnea del sueño) | ☐ Ventilador |
| ☐ Cama de hospital | ☐ Andador |
| ☐ Nebulizador | ☐ Silla de ruedas |
| ☐ Oxígeno | ☐ Ninguno |
| ☐ Vespa | ☐ Necesita reparación para el equipo médico actual. Especifique: |

☐ Otro _____

20. ¿Está usted embarazada?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

20a. Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha probable del parto? ____ / ____ / ____

20b. ¿Ya visitó a su proveedor de atención prenatal?

☐ Sí ☐ No

20c. Si la respuesta es no, ¿necesita una derivación médica a un proveedor de atención prenatal?

☐ Sí ☐ No

21. ¿Tiene diabetes?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

22. ¿Tiene asma o enfermedad obstructiva pulmonar crónica (COPD)?

☐ Sí, asma	☐ Sí, asma y COPD	☐ No
☐ Sí, COPD	☐ No sabe	

23. ¿Ha ido al departamento de emergencias (ED) o sido admitido en el hospital en los últimos 90 días?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿cuántas veces en los últimos 90 días?

☐ Ninguna ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 4 o más

24. ¿Ha sufrido una caída en el último mes?

☐ Sí ☐ No

24a. ¿Tiene miedo de caerse?

☐ Sí ☐ No

25. ¿Ha obtenido ayuda (visto a un terapeuta o recibido medicamento) por problemas de salud mental o emocionales durante el último año?

☐ Sí ☐ No

25a. Si la respuesta es sí, ¿actualmente está tomando algún medicamento para problemas de salud mental o emocionales?

☐ Sí ☐ No

25b. Si la respuesta es no, ¿le gustaría una derivación médica para sus problemas de salud mental o emocionales?

☐ Sí ☐ No

26. ¿Ha tenido algún cambio en pensar, recordar o tomar decisiones?

☐ Sí ☐ No

27. ¿Le tiene temor a alguien o alguien lo está lastimando?

☐ Sí ☐ No

28. ¿Alguien está usando su dinero sin su autorización?

☐ Sí ☐ No

29. ¿Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo?

☐ Nunca – Nunca me siento solo

☐ Menos de 5 días

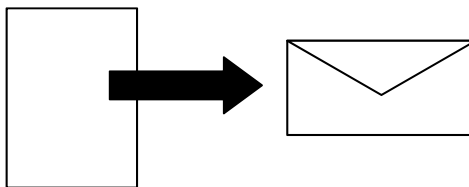
☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días – Siempre me siento solo

30. ¿Trabaja actualmente con/recibe servicios de un administrador de caso o trabajador social?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

30a. Si la respuesta es Sí, ingrese el nombre del trabajador social/administrador de caso y agencia, si lo conoce.



Gracias por tomarse el tiempo para compartir sus experiencias de atención médica con nosotros. Devuelva esta encuesta en el sobre con porte pagado que se adjunta. No se necesita un sello postal. Nuevamente, bienvenido al San Francisco Health Plan. Nos agrada tenerle como miembro.

Si tiene dificultades auditivas, llame a la línea TDD/TYY al **1(415) 547-7830**, a la línea sin costo al **1(888) 883-7347** o a través del Servicio de Retransmisión de California al **711**. Puede solicitar este documento en otros formatos, como Braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita al **1(800) 288-5555**.

Mẫu Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe Hội viên Mới

Chỉ mất vài phút để điền 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 quý vị đã điền mẫu đơn này, gửi lại sớm nhất có thể trong bì thư đã trả cước kèm theo. Không cần dán tem.

Nếu muốn, quý vị có thể cung cấp thông tin cho chúng tôi qua điện thoại bằng cách gọi **1(415) 615-4580**. Thông tin của quý vị được giữ Bảo mật

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian

1. Thông tin Hội viên

Tên Hội viên: _____
(Tên) (Họ) (Tên lót)

Địa chỉ Hội viên: _____
(Đường phố)

(Thành phố) (Tiểu bang) (Mã Zip)

Điện thoại: () _____ Thời điểm gọi thích hợp nhất: sáng/chiều _____

Email: _____

Ngày Sinh _____ / _____ / _____
(Tháng) (Ngày) (Năm)

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chuyển giới ☐ Không muốn cho biết
☐ Khác _____

Số Thẻ Medi-Cal (nếu biết): _____

Ngôn ngữ Ưu tiên (chọn một):

☐ Tiếng Anh	☐ Tiếng Hoa	☐ Tiếng Nga
☐ Tiếng Tây Ban Nha	☐ Tiếng Quảng Đông	☐ Tiếng Việt
☐ ASL	☐ Tiếng Quan Thoại	☐ Tiếng Tagalog
☐ Khác _____		

2. Quý vị hiện đang có Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP)?

☐ Có (Nếu có, vui lòng ghi tên PCP của quý vị) ☐ Không

3. Nhìn chung, quý vị đánh giá sức khỏe của mình trong 90 ngày qua như thế nào?

☐ Tuyệt vời ☐ Rất tốt ☐ Tốt ☐ Được ☐ Kém

4. Có bao giờ quý vị không thể đến khám theo lịch hẹn vì vấn đề đi lại không?

☐ Có ☐ Không

4a. Nếu có, quý vị có muốn được giới thiệu hỗ trợ đi lại không?

☐ Có ☐ Không

5. Quý vị hiện đang sống ở đâu?

☐ Vô gia cư (sống trên đường phố, trong công viên, trạm xe buýt, xe điện ngầm, v.v...)

☐ Ở nơi cư trú tạm thời

☐ Trung tâm Người cơ nhỡ/Giường nhà thờ
(thường trú, nhà tạm hoặc nhà 3/4, v.v...)

☐ Cơ sở điều trị ma túy

☐ Trung tâm Chăm sóc Y tế Hồi phục cho Người vô gia cư

☐ Những đơn vị hoặc cơ sở thường trú khác (cơ sở chăm sóc sức khỏe, bệnh viện, SNF, v.v...)

☐ Nhà tạm (phòng đơn ở khách sạn, giường YMCA, v.v...)

☐ HIV/AIDS housing/group home

☐ Ở với gia đình/bạn bè

☐ Thường trú (SRO, Cơ sở hỗ trợ trú ẩn)

☐ SRO không cho thuê

☐ Thuê căn hộ/nhà (một mình hoặc với người khác, phần 8)

☐ Nhà riêng của tôi

☐ Khác:

6. Quý vị có sống an toàn và đi lại thuận tiện trong nhà của mình không? ☐ Có ☐ Không

6a. Nếu không, nơi quý vị sống có:

Đánh dấu tất cả các mục thích hợp:

☐ Chiếu sáng tốt

☐ Sưởi ấm tốt

☐ Làm mát tốt

☐ Lan can cầu thang hoặc tay vịn

☐ Nước nóng

☐ Phòng vệ sinh trong nhà

☐ Cửa ra ngoài có khóa

☐ Bậc cầu thang vào nhà hoặc cầu thang trong nhà

☐ Thang máy

☐ Không gian cho xe lăn (nếu có xe lăn)

☐ Lối đi thông thoáng để thoát ra khỏi nhà

7. Quý vị có thỉnh thoảng không đủ tiền chi trả cho tiền thực phẩm, thuê nhà, hóa đơn tiện ích và thuốc không?

☐ Có ☐ Không

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

(Đánh dấu tất cả các mục áp dụng):

- | | |
|---|---|
| ☐ Tắm hoặc tắm vòi sen | ☐ Mua thức ăn/các bữa ăn giao đến nhà |
| ☐ Mặc quần áo | ☐ Trông nhà |
| ☐ Ăn | ☐ Trả tiền tiện ích |
| ☐ Đi bộ | ☐ Chở đến gặp bác sĩ hoặc thăm bạn bè |
| ☐ Đi lên cầu thang | ☐ Rời khỏi giường hoặc ghế |
| ☐ Nấu ăn | ☐ Đánh răng hoặc chải tóc hoặc cạo râu |
| ☐ Sử dụng nhà vệ sinh | ☐ Rửa chén bát hoặc giặt quần áo |
| ☐ Sử dụng điện thoại | ☐ Dùng thuốc |
| ☐ Theo dõi lịch hẹn | ☐ Điền mẫu đơn y tế |
| ☐ Làm việc nhà hoặc làm vườn | |
| ☐ Quản lý tiền bạc hoặc viết chi phiếu | |
| ☐ Mua sắm | |
| ☐ Trả lời câu hỏi của bác sĩ đến khám | |
| ☐ Đi thăm gia đình hoặc bạn bè | |
| ☐ Khác: _____ | |

8a. Nếu có, quý vị có được giúp đỡ cho tất cả các hoạt động này khi cần không?

☐ Có ☐ Không

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

☐ Có ☐ Không

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

☐ Có ☐ Không ☐ Tôi không có người chăm sóc

11. Bác sĩ có kê toa cho quý vị 10 loại thuốc trở lên trong 90 ngày qua không?

☐ Có ☐ Không

12. Quý vị có gặp khó khăn trong việc dùng thuốc như kê toa không?

☐ Có ☐ Không

13. Quý vị có gặp khó khăn trong việc mua hoặc mua lại toa thuốc không?

☐ Có ☐ Không

14. Quý vị có bị Bệnh Thận Giai đoạn Cuối (ESRD) không?

- ☐ Có – hiện không điều trị thẩm phân
☐ Có – hiện đang điều trị thẩm phân
☐ Không biết
☐ Có – sẽ bắt đầu thẩm phân trong 6 tháng tới
☐ Không

15. Quý vị vừa, đã được chấp thuận hoặc đang đợi cấy ghép tạng phải không?

- ☐ Có ☐ Không

15a. Nếu có, đó là (các) cơ quan nào? _____

15b. Nơi chăm sóc hoặc tên bác sĩ? _____

16. Quý vị có đang điều trị ung thư vào lúc này không?

- ☐ Có ☐ Không

16a. Loại nào? _____

16b. Quý vị có đang được hóa trị hoặc xạ trị không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Cả hai

17. Quý vị có bị nhiễm HIV không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

17a. Quý vị đã được chẩn đoán AIDS chưa?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

18. Quý vị có đang thở ô-xy tại nhà không?

- ☐ Có ☐ Không

19. Quý vị có đang cần giúp đỡ nhận bất kỳ dụng cụ y khoa nào dưới đây không?

(Đánh dấu tất cả các mục áp dụng)

- | | |
|---|--|
| ☐ Gậy | ☐ Dụng cụ vệ sinh / Ghế bô vệ sinh |
| ☐ CPAP (cho người ngừng thở khi ngủ) | ☐ Máy thông khí |
| ☐ Giường bệnh viện | ☐ Khung tập đi |
| ☐ Máy phun mù | ☐ Xe lăn |
| ☐ Ô-xy | ☐ Không có |
| ☐ Xe máy lăn | ☐ Cần sửa chữa dụng cụ y khoa đang có. Ghi rõ _____ |

☐ Khác _____

20. Quý vị có đang mang thai không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

20a. Nếu có, khi nào quý vị sinh con? _____ / _____ / _____

20b. Quý vị đã đến khám tại bác sĩ chăm sóc tiền sản chưa? ☐ Có ☐ Không

20c. Nếu không, quý vị có cần giới thiệu bác sĩ chăm sóc tiền sản không? ☐ Có ☐ Không

21. Quý vị có bị bệnh tiểu đường không?

☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

22. Quý vị có bị bệnh hen suyễn hoặc Bệnh Tác Phế quản Mãn tính (COPD) không?

☐ Có - Hen suyễn ☐ Có - cả Hen suyễn và COPD
☐ Có COPD ☐ Không
☐ Không biết

23. Quý vị có đến phòng cấp cứu (ED) hoặc nhập viện trong 90 ngày qua không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, bao nhiêu lần trong 90 ngày qua?

☐ Không ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 4 lần trở lên

24. Quý vị có bị ngã trong tháng trước không?

☐ Có ☐ Không

24a. Quý vị có sợ bị ngã không?

☐ Có ☐ Không

25. Quý vị có nhận được sự giúp đỡ (khám ở chuyên viên điều trị hoặc dùng thuốc) cho sức khỏe tâm thần hoặc vấn đề cảm xúc trong năm qua không?

☐ Có ☐ Không

25a. Nếu có, quý vị hiện có đang dùng thuốc điều trị sức khỏe tâm thần hoặc vấn đề cảm xúc không?

☐ Có ☐ Không

25b. Nếu không, quý vị có muốn được giới thiệu đi khám sức khỏe tâm thần hoặc vấn đề cảm xúc không?

☐ Có ☐ Không

26. Quý vị có bị thay đổi về suy nghĩ, trí nhớ hoặc ra quyết định không?

☐ Có ☐ Không

27. Quý vị có sợ người khác hoặc sợ có ai đó làm quý vị bị thương không?

☐ Có ☐ Không

28. Có ai đang sử dụng tiền của quý vị mà không được quý vị đồng ý không?

☐ Có ☐ Không

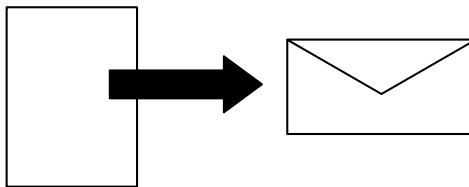
29. Trong tháng vừa qua (30 ngày), thì có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy cô đơn?

- ☐ Không có ngày nào - Tôi không thấy cô đơn
☐ Dưới 5 ngày
☐ Hơn 15 ngày
☐ Hầu hết mọi ngày - Tôi luôn thấy cô đơn

30. Quý vị có đang làm việc với/nhận dịch vụ từ người quản lý sự vụ hoặc nhân viên xã hội không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Không chắc

30a. Nếu có, vui lòng nhập tên và cơ quan của nhân viên xã hội/người quản lý sự vụ (nếu 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 trong bì thư -đã trả cước kèm theo. Không cần dán tem.

Một lần nữa, chào mừng đến với San Francisco Health Plan. Chúng tôi hân hạnh được nhận quý vị là hội viên.

Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi đường dây

TDD/TYY theo số **1(415) 547-7830**, số miễn phí

1(888) 883-7347 hoặc qua Dịch vụ Tiếp âm California

theo số **711**. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở định

dạng khác như Chữ nổi, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để

yêu cầu định dạng khác hoặc trợ giúp đọc tài liệu này và

các tài liệu khác của SFHP, vui lòng gọi cho Dịch vụ

Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn phí

1(800) 288-5555.

Форма оценки рисков для здоровья для нового участника

Заполнение этой Формы оценки рисков для здоровья займет у вас всего несколько минут, но благодаря этому мы сможем повысить качество предоставляемых вам услуг. Заполненную форму отправьте нам в прилагаемом конверте с оплаченным почтовым сбором. Марки для него не требуются.

По желанию **вы можете сообщить нам эти сведения по телефону, позвонив по номеру 1(415) 547-7800. Вся предоставляемая вами информация является конфиденциальной.**

Благодарим вас за то, что уделите время.

1. Сведения об участнике программы

Ф. И. О. участника программы: _____
(Фамилия) (Имя) (Отчество)

Адрес участника: _____
(Улица)

(Город) (Штат) (Почтовый индекс)

Тел.: (_____) Удобное время для звонков: _____ am/pm

Эл. почта: _____

Дата рождения ____/____/____
(Месяц) (День) (Год)

Пол: ☐ Мужской ☐ Женский ☐ Трансгендер ☐ Не хочу указывать
☐ Другое _____

Ид. номер Medi-Cal (если известен): _____

Предпочитаемый язык (выберите один):

☐ Английский	☐ Китайский	☐ Русский
☐ Испанский	☐ Тагальский	☐ Вьетнамский
☐ Американский язык жестов	☐ Мандаринское наречие китайского языка	☐ Кантонское наречие китайского языка

☐ Другое: _____

3. Как вы оценили бы состояние своего здоровья в целом за последние 90 дней?

☐ Отлично ☐ Очень хорошо ☐ Хорошо ☐ Слабо ☐ Плохо

4. Приходится ли вам отказываться от посещения врача из-за сложностей с транспортировкой?

☐ Да ☐ Нет

4а. Если да, нужно ли вам направление для получения помощи с транспортировкой?

☐ Да ☐ Нет

5. Где вы проживаете в настоящее время?

- ☐ Не имею места жительства (живу на улице, в парке, на остановке, в переходе и т.п.)
- ☐ Приют
- ☐ Центр социальной помощи / церковь (жилое помещение, реабилитационный или социальный центр, 3/4 и т.п.)
- ☐ Наркологический центр
- ☐ Учреждение с временным медицинским уходом
- ☐ Другое учреждение или организация с проживанием (медицинское учреждение, больница, учреждение с квалифицированным уходом, SNF и т.п.)
- ☐ Временное жилье (комната в гостинице, место от ассоциации YMCA, и т.п.)
- ☐ Дом для людей с HIV/AIDS
- ☐ У родственников или друзей
- ☐ Постоянное жилье (общежитие SRO, центр социальной помощи)
- ☐ Безарендное SRO
- ☐ Аренда квартиры или дома (самостоятельно или с другими жильцами, раздел 8)
- ☐ Собственное жилье
- ☐ Другое: _____

6. Можете ли вы безопасно проживать и беспрепятственно перемещаться у себя дома?

☐ Да ☐ Нет

6а. Если нет, то имеются ли там, где вы живете:

(Отметьте все, что применимо)

- | | |
|--|--|
| ☐ Достаточное освещение | ☐ Запираемая дверь на улицу |
| ☐ Достаточное отопление | ☐ Ступеньки у входа в дом или ступеньки внутри дома |
| ☐ Достаточное охлаждение | ☐ Лифт |
| ☐ Поручни для лестницы или пандус | ☐ Пространство для кресла-коляски (если применимо) |
| ☐ Горячая вода | ☐ Удобный путь к выходу из дома |
| ☐ Туалет в помещении | |

7. Испытываете ли вы иногда нехватку денег на продукты, аренду, оплату счетов и лекарства?

☐ Да ☐ Нет

8. Нужна ли вам помощь в выполнении любого из перечисленных действий?

(Отметьте все, что применимо)

- | | |
|---|---|
| ☐ Принимать ванну или душ | ☐ Отвечать на вопросы врача |
| ☐ Одеваться | ☐ Посещать родственников или друзей |
| ☐ Есть | ☐ Получать на дом готовую еду |
| ☐ Ходить | ☐ Обеспечивать себя жильем |
| ☐ Подниматься по лестнице | ☐ Оплачивать коммунальные услуги |
| ☐ Готовить еду | ☐ Организовывать поездку к врачу или к друзьям |
| ☐ Пользоваться туалетом | ☐ Вставать с кровати или со стула |
| ☐ Пользоваться телефоном | ☐ Чистить зубы, расчесываться, бриться |
| ☐ Соблюдать назначенное время приема у врача | ☐ Мыть посуду или стирать одежду |
| ☐ Выполнять работу по дому или в саду | ☐ Принимать лекарства |
| ☐ Контролировать деньги или выписывать чеки | ☐ Заполнять медицинские формы |
| ☐ Делать покупки | |
| ☐ Другое: _____ | |

8а. Если да, то получаете ли вы всю необходимую помощь для выполнения этих действий?

- ☐ Да ☐ Нет

9. Есть ли у вас родственники или знакомые, которые готовы помогать вам при необходимости?

- ☐ Да ☐ Нет

10. Считаете ли вы, что тот, кто за вами ухаживает, не справляется с этим?

- ☐ Да ☐ Нет ☐ За мной никто не ухаживает

11. Выписал ли вам врач 10 или более препаратов за последние 90 дней?

- ☐ Да ☐ Нет

12. Есть ли у вас сложности с приемом назначенных вам препаратов?

- ☐ Да ☐ Нет

13. Возникают ли у вас сложности с получением или пополнением запаса назначенных вам препаратов?

- ☐ Да ☐ Нет

14. Вы на терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD)?

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ Да, без диализа | ☐ Нет |
| ☐ Да, на диализе | ☐ Не знаю |
| ☐ Да, диализ начнется в течение | |

15. Вы недавно перенесли трансплантацию, получили разрешение или ожидаете трансплантации?

☐ Да ☐ Нет

15a. Если да, то каких органов? _____

15b. Адрес учреждения или фамилия и имя врача: _____

16. Проходите ли вы в настоящее время лечение от рака?

☐ Да ☐ Нет

16a. От какого? _____

16b. Проходите ли вы в настоящее время химиотерапию или лучевую терапию?

☐ Да ☐ Нет ☐ Оба вида

17. У вас HIV-положительный статус?

☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

17a. У вас был диагностирован AIDS?

☐ Да ☐ Нет ☐ Оба вида

18. Вы проходите кислородную терапию на дому?

☐ Да ☐ Нет

19. Вам нужна помощь с приобретением какого-либо медицинского оборудования, указанного ниже?

(Отметьте все, что применимо)

☐ Трость

☐ CPAP (при апноэ во сне)

☐ Больничная койка

☐ Аэрозольный аппарат

☐ Кислород

☐ Скутер

☐ Дыхательный аппарат

☐ Устройство для туалета / стул-туалет

☐ Ходунки

☐ Кресло-коляска

☐ Нет

☐ Нужна помощь в ремонте имеющегося медицинского оборудования.

Поясните: _____

☐ Другое: _____

20. Вы беременны?

☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю

20a. Если да, то когда предполагаемая дата родов? _____ / _____ / _____

20b. Обращались ли вы уже к врачу для дородового наблюдения?

☐ Да ☐ Нет

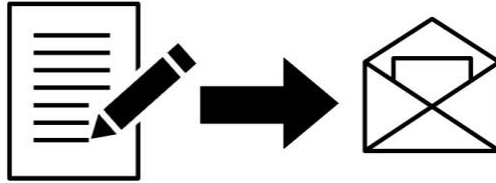
20c. Если нет, нужно ли вам направление к врачу для дородового наблюдения?

☐ Да ☐ Нет

- 21. Есть ли у вас диабет?**
☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю
- 22. Есть ли у вас астма или хроническая обструктивная болезнь легких (COPD)?**
☐ Да, астма ☐ Нет
☐ Да, COPD ☐ Не знаю
☐ Да, и астма, и COPD
- 23. Обращались ли вы в отделение неотложной помощи (ED) или госпитализировали ли вас в последние 90 дней?**
☐ Да ☐ Нет
- 23а. Если да, сколько раз за последние 90 дней?
☐ Ни разу ☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ более 4
- 24. Падали ли вы в течение последнего месяца?**
☐ Да ☐ Нет
- 24а. Боитесь ли вы упасть?
☐ Да ☐ Нет
- 25. Получали ли вы помощь (обращались ли к врачу или получали ли лекарства) для проблем, связанных с психическими или эмоциональными состояниями, в течение последнего года?**
☐ Да ☐ Нет
- 25а. Если да, принимаете ли вы в настоящее время препараты для лечения психических или эмоциональных расстройств?
☐ Да ☐ Нет
- 25b. Если нет, нужно ли вам направление к специалисту по лечению психических или эмоциональных расстройств?
☐ Да ☐ Нет
- 26. Наблюдали ли вы изменения в том, как вы думаете, запоминаете или принимаете решения?**
☐ Да ☐ Нет
- 27. Боитесь ли вы кого-либо или причиняет ли вам кто-либо вред?**
☐ Да ☐ Нет
- 28. Пользуется ли кто-либо вашими деньгами без вашего разрешения?**
☐ Да ☐ Нет
- 29. Сколько раз за последний месяц (30 дней) вы чувствовали себя одиноко?**
☐ Ни разу — мне никогда не бывает одиноко
☐ Менее 5 дней
☐ Больше половины дней
☐ Большинство дней — мне всегда одиноко

30. В настоящее время координатор обслуживания или социальный работник работают с вами?
[] Да [] Нет [] Не знаю

30a. Если да, укажите фамилию и имя социального работника или координатора и учреждение, если вы их знаете:



Спасибо, что уделите время и заполнили эту форму.
Просим вас отправить ее по почте в прилагаемом конверте с оплаченным почтовым сбором.
Марки для него не требуются.

И еще раз добро пожаловать в San Francisco Health Plan.
Мы рады, что вы стали участником нашей программы.