



CalOptima Health
A Public Agency
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
☎ 714-246-8400
📞 TTY 711
🌐 caloptima.org

Chương Trình OneCare

Bản Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe

OneCare (HMO D-SNP), Chương trình Medicare Medi-Cal muốn cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế tốt để đáp ứng các nhu cầu sức khỏe của quý vị. Những câu trả lời của quý vị trong bản thăm dò ý kiến này sẽ giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn. Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin của quý vị, và chỉ chia sẻ những câu trả lời của quý vị với bác sĩ gia đình (PCP) của quý vị và những ai đang chữa trị cho quý vị hoặc giúp đỡ quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Việc điền vào bản thăm dò ý kiến này sẽ **không** cản trở quý vị nhận những dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Một nhân viên của nhóm OneCare có thể hỏi quý vị những câu hỏi này qua điện thoại, qua cuộc gọi video hoặc gặp trực tiếp. Để yêu cầu được trợ giúp điền vào bản thăm dò ý kiến này, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị. **Xin gọi cho số này nếu quý vị cần trợ giúp điền bản thăm dò ý kiến này.**

Nếu quý vị không cần trợ giúp điền bản thăm dò ý kiến này, xin điền và gửi lại qua đường bưu điện cho chúng tôi bản thăm dò ý kiến của quý vị sớm nhất có thể, quý vị có thể sử dụng phong bì đã trả sẵn cước phí bưu điện được đính kèm.

Họ:	Tên:	Nhóm y tế:
Số ID CalOptima (CIN):	Số điện thoại (nhà):	Số điện thoại (di động):
Địa chỉ:	Email:	
Chiều cao:	Cân nặng:	Ngày hôm nay:
Ngày sinh:	Giới tính:	

Hướng Dẫn:

- Xin đọc từng câu hỏi và đánh dấu vào ô như sau: cho câu trả lời của quý vị.
- Một vài câu hỏi yêu cầu quý vị viết câu trả lời trên đường kẻ. Xin viết câu trả lời của quý vị trên đường kẻ bên câu hỏi.

Xin cảm ơn quý vị!

IR23_CM001TV_H5433

OC HRA_V
MMA 2636 11-16-22 CM

1. Có ai giúp quý vị điền bản thăm dò ý kiến 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 bản thăm dò ý kiến Khác (xin giải thích): _____

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

- Không thể nhìn rõ Không đọc rành Không hiểu một số câu hỏi
 Khác (xin giải thích): _____

2. Quý vị nói ngôn ngữ nào?

- Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Tiếng Ả Rập Tiếng Hàn Quốc
 Tiếng Trung Đông Tiếng Hoa Phổ Thông Tiếng Quảng Đông Tiếng khác: _____

Tình Trạng Sức Khỏe Trước Đây Và Hiện Tại

3. Nói chung, quý vị nhận thấy sức khỏe của mình là:

- Rất tốt Tốt Bình thường Kém

4. Lần cuối cùng quý vị đi khám với bác sĩ gia đình (PCP) hoặc bác sĩ của quý vị là khi nào?

- Trong vòng 6 tháng vừa qua 6 đến 12 tháng trước Hơn 1 năm trước Chưa bao giờ đi khám

5. Quý vị đã nhận được các kiểm tra sức khỏe sau đây chưa? (Xin đánh dấu X vào ô kế bên loại kiểm tra mà quý vị đã nhận.)

- Chích hoặc xịt mũi ngừa cúm trong 1 năm qua
 Chích ngừa viêm phổi trong 5 năm qua
 Chích ngừa bệnh giời leo (shingles hoặc h-zoster) trong 5 năm qua
 Truy tầm ung thư ruột già trong năm qua
 Chụp quang tuyến vú (mammogram) trong 2 năm qua (chỉ áp dụng cho phụ nữ)
 Xét nghiệm PAP (PAP smear) trong 3 đến 5 năm qua (chỉ áp dụng cho phụ nữ)
 Kiểm tra mật độ xương (kiểm tra loãng xương)

6. Trong vòng 3 tháng qua, quý vị có được đề nghị thực hiện giải phẫu và quý vị chưa thực hiện không?

- Có Không Có đề nghị nhưng tôi đã từ chối

Tên của loại giải phẫu được đề nghị: _____

7. Quý vị có đang bị bệnh trạng nào sau đây không? (Xin đánh dấu X vào ô kế bên bệnh trạng mà quý vị đang bị.)

- Bệnh mất trí nhớ (Alzheimer's) hoặc Bệnh lảng trí (Dementia) Huyết áp cao
 Lo lắng HIV hoặc AIDS
 Bệnh suyễn Bệnh thận
 Rối loạn lưỡng cực (bipolar disorder) Các vấn đề về gan

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) hoặc Bệnh tràn khí (Emphysema)

Bệnh trầm cảm

Bệnh tiểu đường

Bệnh động kinh (Epilepsy) hoặc Rối loạn co giật (Seizure disorder)

Bệnh suy tim

Viêm gan C

Bệnh đa xơ cứng (Multiple Sclerosis)

Bệnh Parkinson

Bệnh tâm thần phân liệt (Schizophrenia)

Tai biến mạch máu não (Stroke)

Các vấn đề về tuyến giáp

Bệnh khác (xin viết xuống (các) tình trạng:

8. Quý vị có thay đổi gì trong suy nghĩ, ghi nhớ, hoặc khả năng đưa ra quyết định không?

Có

Không

9. Quý vị có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào mà quý vị cảm thấy đang trở nên tồi tệ hơn không? Có Không

Nếu có, xin liệt kê (các) vấn đề: _____

10. Quý vị có bất kỳ vết thương, vết loét hoặc tổn thương trên da nào mà quý vị **không** đang được điều trị hay không?

Có

Không

Nếu có, xin mô tả: _____

11. Quý vị sử dụng bao nhiêu loại thuốc được kê toa? Không có 1 đến 5 loại 6 hoặc nhiều hơn

12. “Tôi muốn hỏi quý vị về việc quý vị nghĩ mình đã kiểm soát tình trạng sức khỏe như thế nào”

a. Quý vị có cần giúp uống thuốc không? Có Không

b. Quý vị có cần giúp điền vào các mẫu đơn y tế không? Có Không

c. Quý vị có cần giúp trả lời các thắc mắc trong buổi khám với bác sĩ không? Có Không

13. Hiện bây giờ quý vị có bất kỳ vấn đề gì trong việc lấy thuốc theo toa không? Có Không

Nếu có, (những) loại thuốc nào? _____

14. Trong 6 tháng qua, quý vị đã đi đến phòng cấp cứu tại bệnh viện bao nhiêu lần?

Không có lần nào

1 lần

2 lần hoặc nhiều hơn

15. Trong 12 tháng qua, quý vị đã nằm bệnh viện qua đêm bao nhiêu lần?

Không có lần nào

1 lần

2 lần hoặc nhiều hơn

16. Mọi quan tâm chính về sức khỏe của quý vị là gì? _____

Chăm Sóc Chuyên Khoa

17. Hiện nay, quý vị có đang nhận được dịch vụ chăm sóc từ một bác sĩ chuyên khoa không? Bác sĩ chuyên khoa là các bác sĩ như bác sĩ giải phẫu, bác sĩ tim, bác sĩ da liễu, chuyên gia sức khỏe tâm thần và các bác sĩ khác là các chuyên gia trong một lãnh vực chăm sóc sức khỏe

Có Không

Nếu có, tên của (các) bác sĩ chuyên khoa của quý vị là gì, và chuyên môn của họ là gì?

Thí dụ: John Smith, Chuyên khoa ung thư _____

18. Lần cuối quý vị khám với một bác sĩ chuyên khoa là khi nào?

Trong vòng 6 tháng vừa qua 6 đến 12 tháng trước Hơn 1 năm trước

19. Quý vị có bị đau ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày không? Có Không

Nếu có, quý vị bị đau chỗ nào trên cơ thể? _____

Thang đánh giá từ 1 đến 10 (1 là đau ít nhất đến 10 là đau nhiều nhất): ____

Nếu từ 5 trở lên, quý vị đang làm gì để giúp giảm đau? _____

20. Quý vị có bị bệnh ung thư không? Có Không

Nếu có, quý vị bị bệnh ung thư gì? _____

Quý vị hiện có đang được điều trị không? Có Không

21. Quý vị đã được cấy ghép bộ phận cơ thể trong năm qua không? Có Không

a. Nếu có, loại cấy ghép nào? _____

22. Quý vị có đang lọc máu không? Có Không

23. Quý vị có đang mang thai không? (chỉ áp dụng cho phụ nữ) Có Không Không áp dụng

Nếu có, ngày dự sinh của quý vị là khi nào? _____

Quý vị có được chăm sóc trước khi sinh không? Có Không

Sắp Xếp Cuộc Sống và Hoạt Động Hàng Ngày

24. Tình trạng cư trú hiện tại của quý vị là gì?

Sống một mình

Vô Gia Cư

Sống với gia đình, bạn bè hoặc người phối ngẫu

Nhà nghỉ

Sống với người chăm sóc được trả tiền

Khác (xin liệt kê): _____

Cơ sở cư trú và chăm sóc

25. Quý vị có thể sống an toàn và đi lại dễ dàng xung quanh nhà của quý vị không?

Có Không

Nếu không, nơi quý vị sống có những điều này hay không:

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Ánh sáng đầy đủ | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| b. Sưởi ấm tốt | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| c. Làm mát tốt | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| d. Chỗ vịn tay cho bất kỳ cầu thang hoặc đường dốc nào | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| 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. Một cánh cửa thông ra bên ngoài có khóa | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| h. Cầu thang để đi vào nhà của quý vị hoặc cầu thang trong nhà của quý vị | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| i. Cầu 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 |
| k. Các lối thông thoáng để thoát hiểm khỏi nhà quý vị | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |

26. Quý vị có bị té ngã trong tháng qua không? Có Không

a. Quý vị có sợ bị té ngã không? Có Không

27. Quý vị có cần trợ giúp với bất kỳ việc nào sau đây không?

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Tắm bồn hoặc tắm vòi sen | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| b. Đi 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 tóc, cạo râu | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| f. Chuẩn bị bữa ăn hoặc nấu ăn | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| g. Ra khỏi giường hoặc ghế ngồi | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| h. Đi mua sắm hoặc lấy 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 chén hoặc giặt đồ | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| l. Viết chi phiếu hoặc theo dõi tài chính | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| m. Đi xe đến văn phòng bác sĩ hoặc để gặp bạn bè | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| n. Làm việc nhà hoặc việc trong sân vườn | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| o. Đi ra ngoài để 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 |

Nếu có, quý vị có đang nhận được tất cả sự trợ giúp mà quý vị cần cho những việc này không?

Có Không

28. Quý vị có người thân trong gia đình hoặc những người khác sẵn sàng và có thể giúp quý vị khi quý vị cần không?

Có Không

Nếu có, tên và mối quan hệ của người chăm sóc _____

29. Quý vị có nghĩ rằng người chăm sóc của quý vị gặp khó khăn khi thực hiện tất cả những trợ giúp quý vị cần không?

Có Không

a. Nếu có, hỗ trợ nào mà quý vị nghĩ người chăm sóc của quý vị sẽ cần?

30. Quý vị có vấn đề gì về răng làm quý vị không ăn uống lành mạnh được không?

Có Không

a. Nếu có, xin giải thích: _____

31. Có thường khó cho quý vị nuốt thức ăn hoặc chất lỏng mà không bị nghẹn không?

Có Không

Sức Khỏe Tâm Thần

32. Trong 2 tuần qua, quý vị có ít hứng thú hoặc ít vui thú khi làm việc không?

Không bao giờ Một vài ngày Nhiều hơn một nửa thời gian Hầu như mỗi ngày

33. Trong 2 tuần qua, quý vị có cảm thấy xuống tinh thần, buồn chán hoặc vô vọng không?

Không bao giờ Một vài ngày Nhiều hơn một nửa thời gian Hầu như mỗi ngày

34. Trong tháng vừa qua (30 ngày), quý vị cảm thấy cô đơn trong bao nhiêu ngày?

Không có lần nào — Tôi không bao giờ cảm Ít hơn 5 ngày

thấy cô đơn

Hơn nửa số ngày trong tháng (trên 15 ngày) Hầu hết mỗi ngày — tôi luôn cảm thấy cô đơn

35. Quý vị có sợ ai hay bị ai làm tổn thương không Có Không

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

Có Không

Các Dịch Vụ Nhận Được

36. Quý vị có sử dụng bất kỳ thiết bị nào dưới đây không? (Xin đánh dấu X vào ô kế bên những dụng cụ hỗ trợ mà quý vị đang sử dụng.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nẹp hoặc chân tay giả | <input type="checkbox"/> Tiêm truyền thuốc (truyền thuốc qua tĩnh mạch) |
| <input type="checkbox"/> Ống thông (nước tiểu) | <input type="checkbox"/> Túi hoặc tiếp liệu chứa chất thải |
| <input type="checkbox"/> Máy trợ thở CPAP hoặc BiPAP (một máy trợ giúp quý vị ngủ) | <input type="checkbox"/> Bình dưỡng khí ô-xy |
| <input type="checkbox"/> Tiếp liệu cho bệnh tiểu đường (máy đo đường, v.v...) | <input type="checkbox"/> Thiết bị thông khí quản hoặc hút không khí |
| <input type="checkbox"/> Tã lót hoặc tiếp liệu cho chứng không tự chủ việc đại tiểu tiện | <input type="checkbox"/> Tiếp liệu ống dẫn thức ăn |
| <input type="checkbox"/> Thiết bị trợ thính | <input type="checkbox"/> Khung đi bộ hoặc gậy chống |
| <input type="checkbox"/> Giường bệnh viện | <input type="checkbox"/> Xe lăn |

Nếu quý vị đang không sử dụng bất kỳ dụng cụ nào, quý vị có cần bất kỳ dụng cụ hỗ trợ nào không?

- Có Không

Nếu có, xin liệt kê: _____

37. Quý vị có đôi khi hết tiền để trả tiền thức ăn, tiền thuê nhà, các hóa đơn và thuốc không?

- Có Không

a. Nếu có, xin giải thích _____

38. Quý vị có đang nhận bất kỳ dịch vụ nào dưới đây không? (Xin đánh dấu X vào ô kế bên các dịch vụ quý vị đang sử dụng?)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hỗ trợ chuyên chở | <input type="checkbox"/> Hỗ trợ chi trả hóa đơn điện nước (CARE/FERA) |
| <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Ngoại Chẩn Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Bia Rượu hoặc Chất Gây Nghiện của Quận | <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS) |
| <input type="checkbox"/> Dịch vụ sức khỏe tâm thần của Quận | <input type="checkbox"/> Trung Tâm Vùng Quận Cam (Regional Center of Orange County, RCOC) |
| <input type="checkbox"/> Các chương trình hỗ trợ thực phẩm (chương trình Meals on Wheels, CalFresh, các ngân hàng thực phẩm) | <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Nhà Ở |
| <input type="checkbox"/> Nha Khoa | <input type="checkbox"/> Các nguồn trợ giúp khác trong cộng đồng: _____ |

39. Quý vị có muốn nhận bất kỳ thông tin nào về các nguồn hỗ trợ được liệt kê ở trên không?

- Có Không

Tiểu Sử Xã Hội

40. Quý vị có đang hút, dùng tẩu thuốc điện tử (vape) hoặc sử dụng thuốc lá không? Có Không

Nếu có, quý vị có muốn được giúp đỡ để cai thuốc lá không? Có Không

- Văn bản (khô in chữ lớn)
- Chữ nổi Braille
- Âm thanh hoặc đĩa CD

48. Mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị là gì? _____

OneCare (HMO D-SNP), Chương trình Medicare Medi-Cal, là một chương trình Medicare Advantage có Hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh gia nhập vào OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. OneCare tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin gọi văn phòng Dịch Vụ OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại www.caloptima.org/OneCare.

Đính kèm:

- Phụ Trang Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử