



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

Bản Thăm dò ý kiến Rủi ro Sức khỏe của Chương trình OneCare

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. Câu trả lời của quý vị cho những câu hỏi 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 có thể sẽ 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 việc 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 bằng 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 điện thoại này nếu quý vị cần trợ giúp hoàn tất 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 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 Health (CIN):	Số Điện Thoại (nhà):	Số điện thoại (di động):
Địa chỉ:		Thư điện tử (email):
Chiều cao:	Cân nặng:	Ngày hôm nay:
Ngày sinh:		Giới tính:

Hướng dẫn:

- a. Xin đọc từng câu hỏi và đánh dấu vào ô như sau: cho câu trả lời của quý vị
- b. 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!

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 muốn sử dụng ngôn ngữ nào?

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

Tình Trạng Sức Khỏe Trước Đây Và Hiện Tại

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

- Rất tốt Tốt Bình thường Kém

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

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

5. 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.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bệnh mất trí nhớ (Alzheimer's) hoặc chứng suy giảm trí nhớ | <input type="checkbox"/> Viêm gan C |
| <input type="checkbox"/> Tai biến mạch máu não | <input type="checkbox"/> Huyết áp cao |
| <input type="checkbox"/> Bệnh Parkinson | <input type="checkbox"/> HIV hoặc AIDS |
| <input type="checkbox"/> Lo âu | <input type="checkbox"/> Bệnh thận |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn lưỡng cực | Đang chạy thận? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Bệnh trầm cảm | <input type="checkbox"/> Các vấn đề về gan |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần phân liệt | <input type="checkbox"/> Bệnh đa xơ cứng |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> Bệnh ung thư: Hiện đang điều trị |
| <input type="checkbox"/> Bệnh động kinh hoặc rối loạn co giật | <input type="checkbox"/> Cây ghép cơ quan nội tạng |
| <input type="checkbox"/> Bệnh suy tim | <input type="checkbox"/> Bệnh khác _____ |

6. Quý vị có bất kỳ thay đổi gì trong việc suy nghĩ, nhớ, hoặc đưa ra quyết định không?

- Có Không

7. “Tôi muốn hỏi quý vị về việc quý vị nghĩ mình đã kiểm soát các bệnh trạng như thế nào”

- a. Quý vị có cần trợ giúp để 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 trợ giúp để trả lời các câu hỏi trong buổi khám với bác sĩ không?

Có Không

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

Không lần nào 1 lần 2 lần hoặc nhiều hơn

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

Không lần nào 1 lần 2 lần hoặc nhiều hơn

10. Quan ngại chính về sức khỏe của quý vị là gì?

Chỗ Ở và Hoạt Động Hàng Ngày

11. 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 ghi rõ):

Cơ sở cư trú và chăm sóc

12. Hãy nghĩ về nơi quý vị đang sống. Quý vị có bất kỳ vấn đề gì được liệt kê sau đây không?

Vật gây hại như bọ, kiến hoặc chuột

Nấm mốc

Sơn hoặc đường ống bị nhiễm chì

- Thiếu thiết bị sưởi ấm
- Lò nướng hoặc bếp không hoạt động
- Không có thiết bị báo cháy hoặc thiết bị không hoạt động
- Rò rỉ nước
- Không có vấn đề nào kể trên

13. Quý vị có thể sống an toàn và di chuyển một cách dễ dàng quanh nhà 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 |

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

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

15. 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. Yêu cầu chuyển đi đến văn phòng bác sĩ hoặc 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

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

Có Không

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

17. Quý vị có nghĩ rằng người chăm sóc của quý vị gặp khó khăn khi cung cấp tất cả những sự trợ giúp mà quý vị cần không?

Có Không

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

Sức Khỏe Tâm Thần

18. 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

19. 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

20. 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 thấy cô đơn Ít hơn 5 ngày

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

21. 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

22. 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: _____

23. Trong 12 tháng qua, lượng thực phẩm mà quý vị mua không đủ để sử dụng và quý vị không có tiền để mua thêm.

Thường xảy ra Đôi khi xảy ra Không bao giờ xảy ra

24. Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện di chuyển đáng tin cậy có làm cho quý vị không thể đi đến các buổi hẹn khám bệnh, buổi gặp mặt, công việc hoặc nhận những thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày không?

Có Không

25. Quý vị có đang nhận bất kỳ dịch vụ Medi-Cal nào dưới đây không?

Hỗ trợ chuyên chở

Hỗ trợ chi trả hóa đơn điện nước (CARE/FERA)

Dịch vụ ngoại chấn điều trị rối loạn sử dụng bia rượu hoặc chất gây nghiện của quận

Dịch vụ Hỗ trợ Tại nhà (In-Home Supportive Services, IHSS)

Dịch vụ sức khỏe tâm thần của quận

Trung tâm Vùng Quận Cam (Regional Center Orange County, RCOC)

Các chương trình hỗ trợ thực phẩm (chương trình Meals on Wheels, CalFresh, các ngân hàng thực phẩm)

Dịch vụ Nhà ở

Nha khoa

Các nguồn trợ giúp khác trong cộng đồng:

26. 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

27. Quý vị có đang hút thuốc, dùng thuốc lá 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

28. Quý vị dùng thức uống có chất cồn (rượu bia) thường xuyên như thế nào?

Không bao giờ Mỗi tháng một lần hoặc ít hơn

Từ 2 đến 4 lần một tháng Từ 2 đến 3 lần một tuần

Từ 4 lần trở lên một tuần

29. Vào một ngày thông thường, quý vị uống bao nhiêu ly rượu bia (thức uống có chất cồn) khi nhậu?

1–2

3–4

Từ 5 trở lên

Quý vị có muốn trao đổi với một người khác về những nguồn trợ giúp hiện có để giảm hoặc ngưng sử dụng rượu bia không? Có Không

Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe

30. Có ai giúp quý vị đưa ra các chọn lựa chăm sóc y tế hoặc các chọn lựa khác cho quý vị không?

Không, tôi có thể tự chọn lựa

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

31. Quý vị có một văn bản chỉ thị trước (advance directive) cho dịch vụ chăm sóc y tế không? (Đây là một văn bản cho các bác sĩ và bệnh viện biết họ cần làm gì trong trường hợp quý vị không thể tự nói điều mình muốn.)

Có Không

Nếu có, thì là văn bản nào?

- Chúc Thư Giấy Ủy Quyền Có Hiệu Lực Dài Lâu cho việc Chăm Sóc Sức Khỏe
- Giấy Ủy Quyền Y Tế Lệnh Bác Sĩ Điều Trị Duy Trì Mạng Sống

Nếu không, quý vị có muốn nói chuyện với ai đó về việc thực hiện một bản chỉ thị trước không? Có Không

32. Các mục tiêu chăm sóc sức khỏe của quý vị là gì?

Cảm ơn quý vị đã trả lời các câu hỏi. Những câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi phục vụ cho quý vị tốt hơn.

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 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:

- Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử