

خطة OneCare

تقييم المخاطر الصحية

تريد OneCare (HMO D-SNP) ، خطة Medicare Medi-Cal ، أن توفر لك إمكانية الوصول إلى رعاية صحية جيدة تلبي احتياجاتك الصحية. ستساعدنا إجاباتك على أسئلة الاستبيان هذا في خدمتك بشكل أفضل. سنحافظ على خصوصية معلوماتك ، ونشارك إجاباتك فقط مع مزود رعايتك الأولية (PCP) وأولئك الذين يعالجونك أو يساعدونك في تلبية احتياجاتك الصحية. لن يؤثر ملء هذا الاستطلاع على وصولك إلى خدمات الرعاية الصحية.

يمكن لعضو فريق OneCare أن يطرح عليك هذه الأسئلة عبر الهاتف أو من خلال مكالمة فيديو أو شخصيًا. لطلب المساعدة في ملء هذا الاستبيان ، اتصل بخدمة عملاء OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 (TTY 711). لدينا طاقم يتحدث لغتك. يرجى الاتصال بهذا الرقم إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا الاستبيان.

إذا لم تكن بحاجة إلى مساعدة في هذا الاستبيان ، فيرجى تعبئته وإرساله إلينا بالبريد في أقرب وقت يمكنك فيه استخدام المظروف المدفوع بالبريد المرفق.

اسم العائلة:	الاسم الاول:	الشبكة الصحية:
رقم تعريف (CIN) CalOptima:	الهاتف (المنزل):	الهاتف (المحمول):
العنوان:	البريد الإلكتروني:	
الطول:	الوزن:	تاريخ اليوم:
تاريخ الميلاد:	الجنس (النوع):	

التعليمات:

- يرجى قراءة كل سؤال ووضع علامة على المربع كما يلي: لإجاباتك.
- تطلب منك بعض الأسئلة كتابة إجابة على السطر. الرجاء كتابة إجاباتك على السطر بجوار السؤال.

شكرًا لك!

1. هل ساعدك شخص ما في ملء هذا الاستبيان؟

- نعم ، مقدم الرعاية الخاص بي نعم ، الوصي القانوني نعم ، العائلة أو الصديق

لا ، لقد أكملت الاستبيان بنفسى آخر (يرجى التوضيح):

a. إذا كانت الإجابة نعم ، فلماذا تحتاج إلى مساعدة؟

لا تستطيع الرؤية جيداً لا تقرأ جيداً لا تفهم بعض الأسئلة
 آخر (يرجى التوضيح):

2. ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها؟

الإنجليزية الأسبانية الفيتنامية العربية الكورية
 الفارسية الكانتونية الماندرين أخرى: _____

الصحة السابقة والحالية

3. بشكل عام ، هل تعتقد أن صحتك:

جيدة جداً جيدة متوسطة ضعيفة

4. متى كانت آخر مرة رأيت فيها مزود الرعاية الأولية (PCP) أو طبيبك؟

أقل من 6 أشهر منذ 6 إلى 12 شهراً منذ أكثر من عام أبداً

5. هل حصلت على أي مما يلي؟ (ضع علامة X في المربع بجوار تلك التي حصلت عليها.)

لقاح الانفلونزا أو رذاذ الأنفلونزا في العام الماضي
 لقاح الالتهاب الرئوي في السنوات الخمس الماضية
 لقاح القوباء المنطقية (h-zoster) في السنوات الخمس الماضية
 فحص سرطان القولون والمستقيم العام الماضي
 الماموجرام في العامين الماضيين (للإناث فقط)
 مسحة عنق الرحم في آخر 3 إلى 5 سنوات (للإناث فقط)
 اختبار كثافة العظام (اختبار هشاشة العظام)

6. في الأشهر الثلاثة الماضية ، هل تم إخبارك أنك بحاجة إلى إجراء عملية جراحية ولكنك لم تجربها؟

نعم لا موصى بها لكنى رفضت

اسم الجراحة الموصى بها: _____

7. ما هي الحالات الصحية المستمرة لديك؟ (ضع علامة X في المربع بجوار الحالات المتواجدة لديك.)

الزهايمر أو الخرف ارتفاع ضغط الدم
 التوتر فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز
 الربو أمراض الكلى
 اضطراب ثنائي القطب مشاكل في الكبد
 مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) أو انتفاخ الرئة التصلب المتعدد
 الاكتئاب مرض باركنسون
 مرض السكري الفصام
 الصرع أو اضطراب النوبات السكتة الدماغية
 قصور القلب مشاكل الغدة الدرقية
 التهاب الكبد C أخرى (يرجى كتابة الحالة): _____

8. هل كان لديك أي تغييرات في التفكير أو التذكر أو اتخاذ القرارات؟

نعم لا

9. هل لديك أي مشاكل صحية تشعر أنها تزداد سوءاً؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، فقم بإدراج المشكلة (المشكلات):

10. هل تعاني من أي جروح أو تقرحات أو تقشر في الجلد لم تحصل على علاج له؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الوصف:

11. كم عدد الأدوية الموصوفة التي تتناولها؟ صفر 1 إلى 5 6 أو أكثر

12. "أود أن أسألك عن الطريقة التي تعتقد أنك تدير بها حالتك الصحية"

هل تحتاج إلى مساعدة في تناول دوائك؟ نعم لا

هل تحتاج إلى مساعدة في ملء الاستمارات الصحية؟ نعم لا

هل تحتاج إلى مساعدة في الإجابة على الأسئلة أثناء زيارة الطبيب؟ نعم لا

13. هل تواجه أي مشاكل في ملء الأدوية الموصوفة لك الآن؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، ما هو الدواء (الأدوية)؟

14. في الأشهر الستة الماضية ، كم مرة ذهبت إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى؟

صفر مرة واحدة مرتين أو أكثر

15. في الاثني عشر شهرًا الماضية ، كم مرة مكثت في المستشفى طوال الليل؟

صفر مرة واحدة مرتين أو أكثر

16. ما هو مصدر قلقك الصحي الرئيسي؟

الرعاية التخصصية

17. هل تحصل على رعاية من أخصائيي الآن؟ الأخصائيون هم أطباء مثل الجراحين وأطباء القلب وأطباء الجلد وأخصائيي الصحة العقلية

وغيرهم من الأطباء الخبراء في مجال واحد من مجالات الرعاية الصحية.

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، فما هو اسم (أسماء) الأخصائي (الأخصائيين) وما هو تخصصهم؟

مثال: John Smith ، علم الأورام

18. متى كانت آخر مرة رأيت فيها أخصائيًا؟

منذ أقل من 6 أشهر منذ 6 إلى 12 شهرًا منذ أكثر من عام

19. هل تشعر بألم يؤثر على أنشطتك اليومية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، فأين الألم في جسمك؟

قيم من 1 إلى 10 (1 هو الأقل إلى 10 الأكثر ألماً): _____

إذا كان الرقم 5 أو أكثر ، فماذا تفعل للمساعدة في تخفيف الألم؟

20. هل أنت مصاب بالسرطان؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، ما هو نوع السرطان؟

هل تحصل على علاج السرطان الآن؟ نعم لا

21. هل تلقيت عملية زرع في العام الماضي؟ نعم لا

a. إذا كانت الإجابة نعم ، فمن أي نوع؟

22. هل أنت على غسيل الكلى؟ نعم لا

23. هل انت حامل؟ (للإناث فقط) نعم لا لا ينطبق

إذا كانت الإجابة نعم ، فمتى موعد ولادتك؟

هل تحصلين على رعاية ما قبل الولادة؟ نعم لا

ترتيب المعيشة والعمل اليومي

24. ما هو ترتيب معيشتك الحالي؟

تسكن بمفردك

تعاني من التشرد

تسكن مع العائلة أو الأصدقاء أو الشريك

فندق صغير

تسكن مع مقدم رعاية مدفوع الأجر

غير ذلك (أدرج): _____

مرفق مجلس و رعاية

25. هل يمكنك العيش بأمان في منزلك والتنقل بسهولة حوله؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "لا" ، فهل يوجد في المكان الذي تعيش فيه:

a. إضاءة جيدة

نعم لا

b. تدفئة جيدة

نعم لا

c. تبريد جيد

نعم لا

d. حواجز لأي سلالم أو منحدرات

نعم لا

e. الماء الساخن

نعم لا

f. مرحاض داخلي

نعم لا

g. باب إلى الخارج يمكن غلقه

نعم لا

h. سلالم للوصول إلى منزلك أو السلالم داخل منزلك

نعم لا

i. مصعد

نعم لا

j. مساحة لاستخدام كرسي متحرك

نعم لا

k. طرق سالكة للخروج من منزلك نعم لا

l. هل عرضت للسقوط في الشهر الماضي؟ نعم لا

m. هل انت خائف من السقوط؟ نعم لا

26. هل تحتاج إلى مساعدة في أي من هذه الأنشطة؟

a. أخذ حمام أو دش نعم لا

b. صعود الدرج نعم لا

c. الأكل نعم لا

d. ارتداء الملابس نعم لا

e. تفريش الأسنان، تفريش الشعر، الحلاقة نعم لا

f. تحضير وجبات الطعام أو الطبخ نعم لا

g. الخروج من السرير أو الكرسي نعم لا

h. التسوق والحصول على الطعام نعم لا

i. استخدام المراض نعم لا

j. المشي نعم لا

k. غسل الأطباق أو الملابس نعم لا

l. كتابة الشيكات أو تتبع الأموال نعم لا

m. الحصول على توصيلة إلى الطبيب أو لرؤية أصدقائك نعم لا

n. القيام بأعمال المنزل أو الفناء نعم لا

o. الخروج لزيارة العائلة أو الأصدقاء نعم لا

p. استخدام الهاتف نعم لا

q. استخدام الهاتف نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، فهل تحصل على كل المساعدة التي تحتاجها في هذه الأنشطة؟ نعم لا

27. هل لديك أفراد من العائلة أو آخرون مستعدون وقادرون على مساعدتك عندما تحتاج إلى المساعدة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، اسم مقدم الرعاية والعلاقة _____

28. هل تعتقد أن مقدم الرعاية الخاص بك يواجه صعوبة في إعطائك كل المساعدة التي تحتاجها؟

نعم لا

a. إذا كانت الإجابة نعم ، فما هو الدعم الذي تعتقد أن مقدم الرعاية يحتاجه؟ _____

29. هل لديك مشاكل في أسنانك تمنعك من اتباع نظام غذائي صحي؟

نعم لا

a. إذا كانت الإجابة نعم، اشرح: _____

30. هل يصعب عليك ابتلاع الطعام أو السوائل دون الاختناق كثيراً؟ نعم لا

31. في الأسبوعين الماضيين ، هل كان لديك القليل من الاهتمام أو المتعة في القيام بالأشياء؟
 إطلاقاً عدة أيام أكثر من نصف الأيام كل يوم تقريباً

32. في الأسبوعين الماضيين ، هل شعرت بالإحباط أو الحزن أو اليأس؟
 إطلاقاً عدة أيام أكثر من نصف الأيام كل يوم تقريباً

33. على مدار الثلاثين يوماً الماضية ، كم يوماً شعرت بالوحدة؟
 صفر — لا أشعر بالوحدة أبداً أقل من 5 أيام
 أكثر من نصف الأيام (أكثر من 15) معظم الأيام — أشعر دائماً بالوحدة

34. هل تخاف من أحد أم يؤذيك أحد؟ نعم لا

a. هل يستخدم أحد أموالك دون موافقتك؟ نعم لا

الخدمات المتلقاة

35. هل تستخدم أي من هذه الوسائل المساعدة؟ (ضع علامة X في المربع المجاور للمساعدات التي تستخدمها.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> الأقواس أو الأطراف الصناعية | <input type="checkbox"/> الحقن (الأدوية الوريدية [IV]) |
| <input type="checkbox"/> قسطرة (بولية) | <input type="checkbox"/> أكياس أو لوازم الفغر |
| <input type="checkbox"/> CPAP أو BiPAP (آلة تساعدك على النوم) | <input type="checkbox"/> الأكسجين |
| <input type="checkbox"/> مستلزمات مرض السكري (مقياس الجلوكوز ، وما إلى ذلك) | <input type="checkbox"/> فغر القصبية الهوائية (ثقب القصبية الهوائية) أو لوازم الشفط |
| <input type="checkbox"/> مستلزمات الحفاضات أو سلس البول | <input type="checkbox"/> مستلزمات الإطعام بالأنبوب |
| <input type="checkbox"/> الوسائل المساعدة على السمع | <input type="checkbox"/> مشاية أو عكاز |
| <input type="checkbox"/> سرير مستشفى | <input type="checkbox"/> كرسي متحرك |

إذا كنت لا تستخدم أيًا من هؤلاء ، فهل تحتاج إلى أي وسائل مساعدة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الإدراج: _____

36. هل ينفد منك أحيانًا المال لدفع ثمن الطعام والإيجار والفواتير والأدوية؟ نعم لا

a. إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح، _____

37. هل تصل حاليًا إلى أي من خدمات Medi-Cal؟

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> مساعدة النقل | <input type="checkbox"/> المساعدة في دفع فواتير الخدمات (CARE/FERA) |
| <input type="checkbox"/> خدمات العيادات الخارجية الخاصة بالكحول أو المخدرات في المقاطعة | <input type="checkbox"/> خدمات الدعم داخل المنزل (IHSS) |
| <input type="checkbox"/> الصحة النفسية في المقاطعة | <input type="checkbox"/> المركز الإقليمي لمقاطعة أورانج (RCOC) |
| <input type="checkbox"/> برامج المساعدة الغذائية (الوجبات على عجلات - CalFresh، Meals on Wheels ، بنوك الطعام) | <input type="checkbox"/> خدمات الإسكان |
| <input type="checkbox"/> طب الأسنان | <input type="checkbox"/> مورد مجتمعي آخر: _____ |

38. هل أنت مهتم بالحصول على أي معلومات حول الموارد المذكورة أعلاه؟ نعم لا

التاريخ الاجتماعي

39. هل تدخن أو تستخدم النيكوتين؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، هل تريد المساعدة في الإقلاع عن التدخين؟ نعم لا

40. كم مرة تتناول مشروبًا يحتوي على كحول؟

أبدًا مرة واحدة أو أقل في الشهر 2-4 مرات في الشهر

2-3 مرات في الأسبوع 4 مرات أو أكثر في الأسبوع

41. كم عدد المشروبات (التي تحتوي على كحول) التي تتناولها في يوم عادي عندما تشرب؟

1-2 3-4 5 أو أكثر

تخطيط الرعاية الصحية

42. هل لديك شخص يقوم بتقديم الرعاية الصحية وخيارات أخرى لك؟

لا ، يمكنني اتخاذ قراراتي بنفسني

نعم ، لدي صديق أو أحد أفراد العائلة الاسم والعلاقة _____

نعم ، لدي اسم وصي قانوني الاسم والعلاقة _____

43. هل لديك توجيهات مسبقة للرعاية الصحية؟ (هذه وثيقة تخبر الأطباء والمستشفيات بما يجب عليهم فعله في حالة عدم قدرتك على التحدث

عن نفسك) نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم ، فمن أي نوع؟

وصية حية توكيل عام دائم للرعاية الصحية

وكالة رعاية صحية أوامر الطبيب بالعلاج الذي يحافظ على الحياة (POLST)

إذا كانت الإجابة "لا" ، هل ترغب في التحدث إلى شخص ما بشأن الحصول على توجيه مسبق؟ نعم لا

44. هل لديك أي معتقدات ثقافية ودينية تؤثر على خياراتك للعلاج؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح؟ _____

45. بأي لغة تفضل الحصول على المعلومات الصحية المكتوبة؟

الإنجليزية الأسبانية الفيتنامية العربية

الكورية الفارسية الصينية التقليدية

أخرى: _____

46. بأي تنسيق تفضل الحصول على المعلومات الصحية؟

مكتوبة (طباعة)

مكتوبة (طباعة كبيرة)

- برايل
- ملفات صوتية أو أقرص مضغوطة CD

47. ما هي أهداف الرعاية الخاصة بك؟

OneCare (HMO D-SNP) ، خطة Medicare Medi-Cal ، هي إحدى مؤسسات Medicare Advantage ذات عقد مع Medicare. يعتمد التسجيل في OneCare على تجديد العقد. تلتزم OneCare بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء OneCare على الرقم المجاني **1-877-412-2734** (TTY 711) ، >على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع<. تفضل بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

المرفقات:

- نشرة إشعار عدم التمييز