

会员信息

今天的日期: _____

会员姓名: _____

SCFHP 会员 ID 号: _____ 出生日期: _____

家庭地址: _____

通信地址 (如果与上面的地址不一样):

电话号码: _____ 电子邮箱: _____

填写 HRA 的人员姓名: _____

电话号码: _____

与会员的关系: _____

会员人口统计

1. 您的性别认同是什么?

- 男性 女性 跨性别男性/女性变男性 (FTM)
 跨性别女性/男性变女性 (MTF)
 性别酷儿/非二元/既不完全是男性也不完全是女性 二灵
 不想回答 另一种性别认同 (请注明): _____

2. 您的原来的出生证明上指定的性别是什么?

- 男性 女性 非二元或 X 未知 不想回答

3. 您的代词是什么?

- 他/他的 她/她的 他们/他们的 不想回答
 其他 (请注明): _____

4. 您认为自己的性取向是什么?

- 异性恋 男同性恋或女同性恋或同性恋 双性恋 酷儿
 二灵 质疑/不确定性取向 不知道
 不想回答 另一种性取向 (请注明): _____

5. 婚姻状况: 单身 已婚 分居 离婚 寡

6. 高度: _____ 英尺 _____ 英寸 体重: _____ 磅

7. 您的种族或民族是什么？（选择所有符合条件的）：

美洲印第安人或阿拉斯加原住民

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
 其他美洲印第安人或阿拉斯加原住民（请注明）：

黑人或非裔美国人

- 黑人或非裔美国人
 其他黑人或非裔美国人（请注明）：

夏威夷原住民和太平洋岛民

- 夏威夷原住民
 关岛人或查莫罗人
 萨摩亚人
 其他太平洋岛民（请注明）：

亚洲人

- 亚洲印度人
 柬埔寨人
 中国人
 菲律宾人
 苗族
 日本人
 韩国人
 老挝人
 越南人
 其他亚洲人（请注明）：

西班牙裔或拉丁裔血统

- 古巴人
 危地马拉人
 西班牙裔或拉丁裔
 墨西哥人/墨西哥裔美国人/奇卡诺人
 波多黎各人
 萨尔瓦多人
 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙血统（请注明）：

白人

- 白人
 其他白人（请注明）：

其他：

- 其他种族（请注明）：

不想回答

8. 首选语言：

口语

- 阿拉伯语
 柬埔寨语
 广东话
 英语
 波斯语

- 印地语
 韩语
 普通话
 葡萄牙语
 俄语

- 西班牙语
 他加禄语
 越南语
 其他：

书面

- 英文
 西班牙文
 简体中文

- 他加禄文
 繁体中文
 越南文

其他：

9. 您是否想选择某人作为您的 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 授权代表?

授权代表是您选择代表您与 SCFHP 讨论您的医疗保健的人。您的授权代表可以使用、接收或与 SCFHP 共享您的受保护健康信息。如果是，我们将向您邮寄一份表格，供您填写并返回。

是 否

10. 您是否有法律文件允许某人在您无法做出医疗保健决定时为您做出医疗保健决定?

是 否

如果是，请选择您拥有的文件类型。

请勾选所有适用项：

持久授权书 不要复苏 (DNR) 监护/监管

预先指示 其他：

如果否，您是否与您的初级保健提供者 (PCP) 讨论过 预先指示?

是 否

病史

11. PCP 姓名：

您最后与 PCP 就诊日期： _____

专科医生（如适用）：

a) 专科： _____ b) 专科： _____

姓名： _____ 姓名： _____

最后预约日期： _____ 最后预约日期： _____

c) 专科： _____ d) 专科： _____

姓名： _____ 姓名： _____

最后预约日期： _____ 最后预约日期： _____

12. 您如何描述您的身体健康状况?

优秀 非常好 好 可以 差

13. 您如何描述您的心理健康状况?

优秀 非常好 好 可以 差

14. 您是否因心理健康问题定期去看医生或治疗师?

是 否

15. 您是否因这些病症而被诊断或接受治疗？

请勾选所有适用项：

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 关节炎 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 视力有限 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 发育障碍例如：自闭症、
脑瘫、唐氏综合症 | <input type="checkbox"/> 肝病 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 听力问题 | <input type="checkbox"/> 记忆问题：例如：痴呆症、
阿尔茨海默氏症 |
| <input type="checkbox"/> 慢性疼痛 | <input type="checkbox"/> 高胆固醇 | <input type="checkbox"/> 器官移植 |
| <input type="checkbox"/> COPD（慢性阻塞性肺病） | <input type="checkbox"/> 传染病
例如：肝炎、艾滋病毒/
艾滋病、结核病 | <input type="checkbox"/> 精神分裂症/双相情感障碍 |
| <input type="checkbox"/> 充血性心力衰竭 | <input type="checkbox"/> 肾脏疾病
例如：终末期肾病，透析 | <input type="checkbox"/> 癫痫发作 |
| <input type="checkbox"/> 冠状动脉疾病：例如：
高血压、心脏病发作、
心脏手术、胸痛 | | <input type="checkbox"/> 中风 |
| <input type="checkbox"/> 沮丧 | | <input type="checkbox"/> 其他（请注明）：
_____ |

16. 您目前正在服用多少种不同的药物？

- 0 1-5 6-10 11+

17. 您是否了解如何服药？

- 是 否

18. 您是否在获取或领取药物时遇到困难？

- 是 否

19. 疼痛对您的正常活动有多大影响？

- 没有 一点点 有些 很大 极其

20. 您目前正在采取哪些措施来控制疼痛？

请勾选所有适用项：

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 药物 | <input type="checkbox"/> 物理疗法 | <input type="checkbox"/> 疼痛管理诊所 |
| <input type="checkbox"/> 目前没有 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ | |

健康信息

21. 您现在正在使用这些用品或设备吗？

请勾选所有适用项：

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血压监测仪 | <input type="checkbox"/> 失禁用品 | <input type="checkbox"/> 管饲用品 |
| <input type="checkbox"/> C-Pap 或 Bi-Pap 通气辅助设备 | <input type="checkbox"/> 喷雾器 | <input type="checkbox"/> 呼吸机 |
| <input type="checkbox"/> 手杖 | <input type="checkbox"/> 造口用品 | <input type="checkbox"/> 助行架 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病用品 | <input type="checkbox"/> 氧气 | <input type="checkbox"/> 轮椅 |
| <input type="checkbox"/> 眼镜/隐形眼镜 | <input type="checkbox"/> 移动便桶 | <input type="checkbox"/> 伤口护理用品 |
| <input type="checkbox"/> 助听器 | <input type="checkbox"/> 假肢 | <input type="checkbox"/> 无 |
| <input type="checkbox"/> 医院病床/Hoyer 升降机 | <input type="checkbox"/> 吸力用品 | |
| <input type="checkbox"/> 其他（请注明）： _____ | | |

22. 您此时是否需要帮助获取任何用品或设备？

是 否

如果是，请注明：

23. 您是否需要帮助填写文件或写作？

是 否

24. 您是否需要帮助与您的医生谈论您的健康状况？

是 否

25. 您是否经常吸烟、使用电子烟笔或其他尼古丁/烟草产品？

是 否

如果是，您是否想要减少烟草使用的帮助？

是 否

26. 您是否觉得自己喝了太多酒？

是 否

如果是，您是否愿意讨论一下帮助您少喝酒的方法？

是 否

27. 您是否正在使用任何毒品或以不适合您的方式服用处方药？

是 否

如果是，您是否想讨论一下帮助您减少使用这些毒品和/或药物的方法？

是 否

28. 您的思维、记忆力或决策力有变化吗？

是 否

29. 您平均多久会感到孤独？

几乎每天 有时 很少 绝不

30. 在过去 30 天内，您是否经常有以下感觉：

a) 对做事缺乏兴趣或乐趣

一点也不 几天 超过一半的日子 几乎每一天

b) 情绪低落、抑郁或绝望

一点也不 几天 超过一半的日子 几乎每一天

如果您有伤害自己或他人的想法，请拨打自杀预防和危机热线 9-8-8。

31. 您在执行这些操作时是否需要帮助？

请为每一项勾选“是”或“否”：

	是	否
a) 洗澡或淋浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 吃饭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 穿衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 上厕所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 刷牙、梳头和/或剃须	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 步行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) 从床上或椅子上起来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 上楼梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 做饭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) 做家务或庭院工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) 洗碗或洗衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) 购物和获取食物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) 搭车去看医生或去看您的朋友/家人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) 写支票或跟踪金钱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) 使用电话	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) 使用计算机或互联网	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) 跟踪预约	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) 外出探望家人或朋友	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) 进行任何其他活动： _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果您对上面列出的任何操作回答“是”，您是否获得了所需的所有帮助？

是 否

如果否，请具体说明：

32. 您是否有家人、朋友和/或护理人员愿意并且能够在您需要时为您提供帮助？

是 否

如果是，您认为他们是否很难为您提供所需的所有帮助？

是 否

33. 您是否因交通不便而无法赴约就诊、参加会议、工作或获取日常生活必需品？请勾选所有适用项。

- 是的，交通不便使我无法赴约就诊
- 是的，交通不便使我无法参加非医疗相关的会议、预约、工作或获取必需品
- 否
- 不想回答

34. 您是否有时会使用电话和/或互联网进行医疗预约？

- 是 否

35. 您是否能在家里安全地生活并轻松地走动？

- 是 否

36. 您在过去六 (6) 个月内跌倒过吗？

- 是 否

如果是，请具体说明次数： _____

37. 您害怕跌倒吗？

- 是 否

服务和支持

38. 您目前是否在您的社区中使用或接收这些资源？

请为每一项勾选“是”或“否”：

	是	否
a) 个案经理、社会工作者和/或护理协调员	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
个案经理姓名： _____		
机构： _____		
联系信息： _____		
b) 基于社区的成人服务/成人日间健康中心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 社区或老年人中心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 县酒精或毒品门诊计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 县精神健康案件管理服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) 粮食援助计划 (例如：Meals on Wheels (送餐服务)、CalFresh (粮食券)、 食物周济库)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) 帮助支付水电费/房租	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 临终关怀/姑息治疗计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	是	否
i) 居家支持服务 (IHSS) 如果有, 您的提供者或护理人员的姓名是什么? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) 行为健康服务 个案经理姓名: _____ 机构: _____ 联系信息: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) 社会保障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) 交通服务	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) 退伍军人事务部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) 健康组织 (例如锻炼或疾病管理课程)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) 其他社区资源 如果是, 请具体说明: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. 您是否有兴趣获取有关以下资源的信息?

请为每一项勾选“是”或“否”:

	是	否
a) 牙科 最后一次检查日期: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 视力 最后一次检查日期: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 健身房/健身	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. 您是否曾经没有钱来支付以下任何一项费用?

请勾选所有适用项:

粮食 房租 公用事业 账单 药品

41. 如果您勾选了食物, 那么在过去两 (2) 个月中, 您或与您一起生活的其他人是否因为没钱买食物而少吃饭或不吃饭?

是 否

42. 是否有人未经您的同意使用您的钱?

是 否

43. 您是否害怕亲近的人或是否亲近的人伤害您？

是 否

如果是，您的案例经理将联系您。

给您打电话的最佳时间和联系电话号码是什么？

电话号码：_____ 日期/时间：_____

如果您立即面临危险，请致电 9-1-1。

住房安排

44. 您目前的住房情况是什么样的？

我有房子住

我没有房子住（与他人同住、住在旅馆里、住在收容所里、住在大街上、海滩上、汽车里或公园里）

不想回答

45. 包括您自己在内，目前有多少人与您同住？ _____

不想回答

46. 您是否担心没房子住？

是 否 不想回答

附加信息

47. 您现在主要关心的是什么？

1) _____

2) _____

3) _____

48. 您是否希望与个案经理合作定制您的个性化护理计划 (ICP)？

护理计划是由您和您的护理协调员创建的一组健康目标，旨在帮助您管理您的健康并实现您的医疗保健目标。许多会员发现与护理协调员合作定制 ICP 很有帮助。

是 否

继续背面的表格。

49. 您是否希望您的案例经理安排与您的护理团队的会议？

在这会议中，我们将与您和您的护理团队讨论您的护理计划，以帮助您实现健康和保健目标。

是 否

您是否希望让其他人加入您的护理团队，例如家人、朋友、护理人员和/或您的医生？

是 否

如果是，是谁？

姓名： _____

与会员的关系： _____ 电话号码： _____

姓名： _____

与会员的关系： _____ 电话号码： _____

50. 在过去的一年（12个月）中，您如何评价您的医疗保健（从0到10）？

0 是最差的，10 是最好的医疗保健： _____

请提供您希望我们了解的任何其他详细信息： _____
