

كتيب نموذج المعلومات الصحية لك



تلق الرعاية الصحية والخدمات الإضافية عندما تحتاج إليهم

أكمل نموذج المعلومات الصحية اليوم

لدى Health Net برامج وخدمات صحية خاصة لأعضاء Medi-Cal مثلك تمامًا. ولهذا صممنا نموذج المعلومات الصحية لدينا ليساعدنا على فهم احتياجات رعايتك الصحية على نحو أفضل.

هل تحتاج إلى مساعدة؟

اتصل بخدمات الأعضاء (مجاناً) على
الرقم: 1-800-675-6110 (TTY: 711)
على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في
الأسبوع

أو زر موقعنا عبر الإنترنت:
www.healthnet.com

يتيح لك النموذج مشاركة تاريخك الطبي وتفاصيل عما تشعر به. ونحن نستخدم هذه المعلومات لتساعدنا على منحك الرعاية والخدمات الإضافية عندما تحتاج إليهم. يرجى محاولة الإجابة على كافة الأسئلة في هذا النموذج. وإذا احتجت إلى مساعدة في إكمال النموذج، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم المجاني 1-800-675-6110 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع.

أكمل نموذج المعلومات الصحية عبر الإنترنت وقم بتسليمه.

للاكمال والتسليم عبر الإنترنت اتبع الخطوات التالية:

1. يرجى زيارة موقعنا <https://member.medi-cal.healthnet.com/>.

2. سجل الدخول إلى حسابك على بوابة الأعضاء.

*إذا لم يكن لديك حساب، اضغط على "إنشاء حساب جديد"

3. في الصفحة الرئيسية لبوابة الأعضاء، مرر إلى قسم المعلومات الطبية واضغط على النماذج الصحية.

4. اختر نموذج المعلومات الصحية (HIF)، ثم أكمل النموذج وقم بتسليمه.

أكمل نموذج المعلومات الصحية عبر البريد الإلكتروني وقم بتسليمه.

للاكمال والتسليم عبر البريد، اتبع الخطوات التالية:

1. قم بتعبئة النموذج.

2. ضع النموذج في الظرف المرفق وعليه ملصق "نموذج
المعلومات الصحية".

(شاهد صورة كنموذج)

ليس هناك حاجة إلى طابع إذا استخدمت هذا المظروف.

أرسل النموذج عبر البريد إلى العنوان:

Medical Management Notifications

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706

3. أرسل النموذج عبر البريد.

إن إرسال النموذج الخاص بك هو أول خطوة نحو الحصول على الرعاية
الصحية الصحيحة لك.

امسح رمز الاستجابة السريعة هذا
لتسجيل الدخول واستكمل نموذج
المعلومات الصحية الخاص بك.



BRE064013E000 (10/23)
Health Information Form

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 2010 FARMINGTON, MO
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

MEDICAL MANAGEMENT NOTIFICATIONS
PO BOX 2010
FARMINGTON MO 63640-9706

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

اتصل بخدمات الأعضاء عندما تكون بحاجة إلى:

- مساعدة لتعبئة نموذج المعلومات الصحية الخاص بك
- خدمات الصحة العقلية
- الإجابات عن الأسئلة المتعلقة برعايتك الصحية

نحن بجانبك حتى لا تشعر بالمعاناة وحيداً!

بإمكان Health Net أن تساعدك أيضاً عندما تشعر بالتوتر أو القلق، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحالات التالية:

- لديك مشاكل في المنزل، أو في العمل، أو مع الأصدقاء أو العائلة
 - تشعر بالحزن، أو الغضب، أو القلق
 - لديك مشكلة مع المخدرات أو الكحول
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فلدينا خبراء يمكنك التحدث معهم على الفور. وإذا أردت، يمكنهم مساعدتك في الحصول على موعد مع معالج في شبكتنا - بدون أي تكلفة عليك.
- يمكننا أيضاً ترتيب وسيلة نقل مجانية إلى موعد معالجك.

إن معلوماتك الصحية خاصة

سنستخدم المعلومات الموجودة في هذا النموذج فقط لمساعدتك في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. ويمكنك تعلّم المزيد عن الخصوصية في كتيب الأعضاء الخاص بك في قسم إشعار الخصوصية. أو يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.



إن ملء هذا النموذج اختياري. ولن تُحرَم من الرعاية بناءً على إجاباتك. إجاباتك ستُحفظ بسرية تامة. **يهدف هذا النموذج إلى مساعدتنا في توصيلك بالخدمات والدعم الأنسب لك.**

* تشير إلى الحقول المطلوبة

اسم عضو Health Net (اسم العائلة، الاسم الأول)

تاريخ الميلاد (MMDDYYYY)

*رقم التعريف (ID) في برنامج Medi-Cal:

البريد الإلكتروني:

الاسم والضمائر المفضلة:

1. ما تقييمك لحالتك الصحية؟ ممتازة جيدة جدًا جيدة مقبولة ضعيفة
2. كم طولك (أدخل القيمة بالقدم/البوصة)؟

قدم 2 3 4 5 6 7 غير معروف

بوصة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 غير معروف

3. كم وزنك (أدخل القيمة بالرطل)؟

4. هل لديك طبيب خاص بك أو مقدم رعاية صحية؟ نعم لا

5. هل راجعت طبيبك أو مقدم رعايتك الصحية خلال آخر 6 أشهر؟ نعم لا

6. كم مرة زرت المستشفى خلال آخر 6 أشهر؟

إطلاقًا مرة واحدة مرتان ثلاث مرات أربع مرات خمس مرات أو أكثر

7. كم مرة راجعت قسم الطوارئ خلال آخر 6 أشهر؟

إطلاقًا مرة واحدة مرتان ثلاث مرات أربع مرات خمس مرات أو أكثر

8. كم عدد الأدوية التي تتناولها بناءً على وصفة طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية؟

0 1-3 4-7 8-14 15 أو أكثر

9. هل تلقيت لقاح الإنفلونزا خلال آخر 12 شهرًا؟ نعم لا

10. هل تراجع طبيبًا لعلاج أي حالة طبية مزمنة تعاني منها؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، حدد كل ما ينطبق: الربو/مشكلات في الرئتين مشكلات في القلب فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسبة)

مرض السكري أحد أمراض الكلى نوبات غير ذلك

11. هل تحتاج إلى زيارة الطبيب خلال فترة الـ 60 يومًا القادمة؟ نعم لا

12. هل تنزف لثتك عند تنظيف أسنانك بالفرشاة؟ نعم لا

13. هل شعرت بالألم في أسنانك خلال الشهر الماضي؟ نعم لا

14. منذ متى كانت آخر زيارة لك لطبيب الأسنان أو عيادة الأسنان لأي سبب؟

أقل من 12 شهرًا أكثر من 12 شهرًا

15. هل ترغب في التعاون مع ممرض أو أخصائي اجتماعي أو عامل صحة مجتمعية أو مُرشد صحة مجتمعية لوضع خطة لرعايتك الصحية؟

نعم لا

16. هل كانت وسائل النقل للوصول إلى مواعيدك الطبية مشكلة في أي وقت؟ نعم لا
17. هل تواجه صعوبة في تحديد مواعيد مع طبيبك؟ نعم لا
18. هل تواجه صعوبة في الحصول على أدويةك الموصوفة طبيًا؟ نعم لا
19. هل تستخدم أجهزة أو مستلزمات طبية مثل سرير المستشفى أو كرسي متحرك أو جهاز المساعدة بالمشي أو جهاز أكسجين أو كيس فغرة القولون؟ نعم لا
20. هل تعاني من حالة صحية تحد من أنشطتك أو مما يمكنك أدائه؟ نعم لا
21. هل احتجت إلى مساعدة في الرعاية الشخصية مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس أو تغيير الضمادات خلال آخر 6 أشهر؟ نعم لا
22. هل أنتِ حامل؟ نعم لا
- 22a. إذا كنتِ حاملًا، هل تراجعين طبيًا حاليًا لمتابعة الحمل؟ نعم لا
- 22b. هل تخططين للحمل خلال فترة الـ 12 شهرًا القادمة؟ نعم لا
23. هل تراجع طبيًا بانتظام بسبب حالة متعلقة بالصحة العقلية مثل القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب أو الفصام؟ نعم لا
24. خلال آخر شهر (30 يومًا)، كم يومًا شعرت فيه بالوحدة؟ (حدد إجابة واحدة). إطلاقًا - لا أشعر بالوحدة أبدًا أقل من 5 أيام من 5 إلى 15 يومًا أكثر من نصف عدد الأيام (أكثر من 15 يومًا) معظم الأيام - أنا دائمًا أشعر بالوحدة
25. أين تعيش؟ (اختر كل الحالات التي تنطبق) منزل مجمع شقق سكني مرفق رعاية وإيواء مركز علاج سكني سكن المعيشة المساعدة دار رعاية المسنين سكن دائم مدعوم سكن حماية بدون مأوى حاليًا غير ذلك
26. هل تشعر بالقلق من فقدان مكان إقامتك؟ نعم لا
27. مع من تعيش؟ أعيش وحدي أعيش مع الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكة أعيش مع مقدم رعايتي أعيش مع الأطفال أو أقارب آخرين أو أصدقاء أعيش مع مقيمين آخرين في المرفق/البرنامج الذي أتابعه
28. هل شعرت بالقلق خلال آخر 3 أشهر من نفاد الطعام قبل أن يتوفر لديك المال لشراء المزيد؟ نعم لا
29. هل هددت شركة الكهرباء أو الغاز أو النفط أو المياه خلال آخر 12 شهرًا بقطع الخدمات عن منزلك؟ نعم لا
30. تقدم Health Net مزايا لدعم الأفراد المرتبطين بالعدالة/الأعضاء العائدين إلى المجتمع. خلال آخر سنة، هل قضيت أكثر من ليلتين متتاليتين في السجن أو المعتقل أو مركز الاحتجاز أو مرفق إصلاح الأحداث؟ نعم لا
31. ستساعدنا إجابتك عن السؤال التالي في دعم صحتك ورفاهيتك بطريقة تحترمك. أي مما يلي يصفك بشكل أفضل؟ (حدد إجابة واحدة لكل سطر)
- أ. مغاير جنسيًا مثلية الجنس مثلي الجنس ثنائي الميول الجنسية غير ذلك غير متأكد/في طور الاستكشاف
- ب. ذكر أنثى ذكر متحول جنسيًا امرأة متحولة جنسيًا غير مطابق للنوع الاجتماعي غير ذلك
- لترجى الأسئلة أو للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات أعضاء Health Net على الرقم المجاني 1-800-675-6110 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com. إن شركة Health Net Community Solutions, Inc. هي إحدى الشركات التابعة لشركتي Health Net, LLC وCentene Corporation. إن Health Net هي علامة خدمة مُسجلة لصالح Health Net, LLC. جميع الحقوق محفوظة.



لمزيد من المعلومات يُرجى الاتصال بـ

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

خدمات الأعضاء

على الرقم المجاني 1-800-675-6110 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام
في الأسبوع

www.healthnet.com

إن Health Net Community Solutions, Inc. هي شركة فرعية تابعة لشركة Health Net, LLC و Centene Corporation. إن Health Net هي علامة خدمة مُسجلة لصالح Health Net, LLC. جميع الحقوق محفوظة.

BKT066073AP00 (6/25)