

កូនសៀវភៅទម្រង់ បែបបទព័ត៌មាន សុខភាពរបស់អ្នក



ទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មបន្ថែមនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការពួកវា។

បំពេញទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាពថ្ងៃនេះ

Health Net មានកម្មវិធី និងសេវាកម្មសុខភាពពិសេសសម្រាប់សមាជិក Medi-Cal ដូចរូបអ្នក។ នោះហើយជាមូលហេតុដែលយើងបានបង្កើតទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាពរបស់យើង ដើម្បីជួយយើងឱ្យយល់អំពីតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកកាន់តែប្រសើរឡើង។

ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចែករំលែកប្រវត្តិសុខភាពរបស់អ្នក និងព័ត៌មានលម្អិតអំពីអារម្មណ៍របស់អ្នក។ យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ **ការថែទាំ និងសេវាកម្មបន្ថែម** នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការវា។ សូមព្យាយាមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកដោយមិនគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711) **បម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។**

ត្រូវការជំនួយមែនទេ?

សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក (ឥតគិតថ្លៃ)៖
1-800-675-6110 (TTY: 711)
បម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ
អនឡាញ៖ www.healthnet.com

បំពេញ រួចបញ្ជូនទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាពតាមអនឡាញ។

ដើម្បីបំពេញ និងដាក់បញ្ជូនតាមអនឡាញ សូមអនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

1. ចូលទៅកាន់ <https://member.medi-cal.healthnet.com/>។
2. ចូលប្រព័ន្ធនៅក្នុងគណនីផលសមាជិករបស់អ្នក។
*ប្រសិនបើអ្នកមិនមានគណនីទេ សូមចុច "Create New Account" (បង្កើតគណនីថ្មី)
3. នៅលើអេក្រង់ដើមនៃផលសមាជិករបស់អ្នក សូមអូសទៅផ្នែក Medical Information (ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ) រួចចុចលើ Health Forms (ទម្រង់បែបបទសុខភាព)។
4. ជ្រើសរើស Health Information Form (HIF) (ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាព) រួចបញ្ជប់ និងបញ្ជូនទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក។



ស្តែនកូដ QR នេះ ដើម្បីចូល និងបំពេញទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។

ស្តែនខ្ញុំ

បំពេញ រួចបញ្ជូនទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រៃសណីយ៍។

ដើម្បីបំពេញ និងដាក់បញ្ជូនតាមអនឡាញ សូមអនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

1. បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

2. ដាក់ទម្រង់បែបបទនេះនៅក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលមានស្លាកថា “Health Information Form” (ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាព)។

(សូមមើលរូបភាពកំរ)

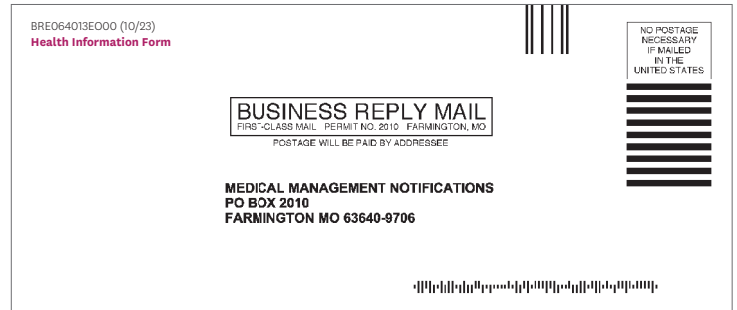
មិនត្រូវការតែមនោទេ ប្រសិនបើអ្នកប្រើស្រោមសំបុត្រនេះ។

ផ្ញើពាក្យនេះតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖

ការជូនដំណឹងអំពីការគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រ

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706



3. ផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះតាមប្រៃសណីយ៍។

ការផ្ញើទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍គឺជាជំហានដំបូងដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលសមស្របសម្រាប់អ្នក។

ទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក នៅពេលអ្នកត្រូវការ៖

- ជួយបំពេញទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ឆ្លើយសំណួរថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

កុំរងទុក្ខតែម្នាក់ឯង - យើងនៅទីនេះសម្រាប់អ្នក!

Health Net ក៏អាចជួយបានដែរនៅពេលអ្នកមានអារម្មណ៍តានតឹង ថប់បារម្ភ ឬត្រូវការជំនួយ ប្រសិនបើអ្នក៖

- មានបញ្ហានៅផ្ទះ នៅកន្លែងធ្វើការ ឬជាមួយមិត្តភក្តិ ឬក្រុមគ្រួសារ
- មានអារម្មណ៍សោកសៅ ខឹង ឬព្រួយបារម្ភ
- មានបញ្ហាជាមួយគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងប្រសិនបើអ្នក

ត្រូវការជំនួយ **យើងមានអ្នកជំនាញដែលអាចនិយាយជាមួយអ្នកភ្លាមៗ។** ប្រសិនបើអ្នកចង់បាន ពួកគេអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការណាត់ជួបជាមួយអ្នកព្យាបាលនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង **ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។**

យើងខ្ញុំថែមទាំងអាចរៀបចំការធ្វើដំណើរដោយមិនគិតថ្លៃទៅកាន់ការណាត់ជួបអ្នកព្យាបាលរោគរបស់អ្នកបានទៀតផង។



ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកគឺមានលក្ខណៈឯកជន

យើងនឹងប្រើតែព័ត៌មាននៅលើទម្រង់នេះ ដើម្បីជួយអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព។ អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីភាពឯកជននៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកជូនដំណឹងអំពីឯកជនភាព។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។



ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាព

ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបដិសេធការថែទាំសុខភាពដោយផ្អែកលើ ចម្លើយរបស់អ្នកទេ។ ចម្លើយរបស់អ្នកគឺរក្សាការសម្ងាត់។ ទម្រង់បែបបទនេះនឹងជួយយើងភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង ជាមួយអ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងជំនួយត្រឹមត្រូវ។

*បង្ហាញចន្លោះបំពេញដែលចាំបាច់

ឈ្មោះសមាជិក Health Net (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន)

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MMDDYYYY)

*អត្តលេខ Medi-Cal:

អ៊ីមែល:

ឈ្មោះ និងនាមត្រកូលដែលពេញចិត្ត:

1. តើអ្នកនឹងវាយតម្លៃសុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? ល្អប្រសើរ ល្អណាស់ ល្អ បង្គរ ខ្សោយ

2. តើលោកអ្នកមានកម្មសំបុត្រាន (សូមវាយបញ្ចូលចម្លើយជាខ្នាតហ្វីត/អ៊ីញ)?

ហ្វីត 2 3 4 5 6 7 មិនដឹង

អ៊ីញ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 មិនដឹង

3. តើលោកអ្នកមានទម្ងន់ប៉ុន្មាន (សូមបញ្ចូលចម្លើយជាខ្នាតផោន)?

4. តើលោកអ្នកមានវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

5. តើលោកអ្នកបានជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

6. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យចំនួនប៉ុន្មានដងក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ?

មិនធ្លាប់ មួយដង ពីរដង បីដង បួនដង ប្រាំដង ឬច្រើនជាងនេះ

7. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានទៅកាន់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ចំនួនប៉ុន្មានដងក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ?

មិនធ្លាប់ មួយដង ពីរដង បីដង បួនដង ប្រាំដង ឬច្រើនជាងនេះ

8. តើអ្នកលេបថ្នាំប៉ុន្មានគ្រាប់បើតាមវេជ្ជបញ្ជាចេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក?

0 1-3 គ្រាប់ 4-7 គ្រាប់ 8-14 គ្រាប់ 15 គ្រាប់ ឬច្រើនជាងនេះ

9. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានចាក់ថ្នាំផ្តាសាយធំក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

10. តើអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមគូសលើជំងឺណាដែលលោកអ្នកមាន: ជំងឺហឺត/បញ្ហាសួត បញ្ហាបេះដូង

មេរោគអេដស៍ ឬជំងឺអេដស៍ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺឆ្លុះជ្រូក

ផ្សេងទៀត

11. តើអ្នកត្រូវការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

12. តើអញ្ញាញធ្មេញរបស់អ្នកហូរឈាមនៅពេលអ្នកដុសធ្មេញដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

13. តើអ្នកធ្លាប់ឈឺធ្មេញកាលពីខែមុនទេ? បាទ/ចាស ទេ

14. តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ ចាប់តាំងពីអ្នកបានទៅជួបពេទ្យធ្មេញ ឬគ្លីនិកធ្មេញចុងក្រោយសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ?

តិចជាង 12 ខែ ច្រើនជាង 12 ខែ

15. តើអ្នកចង់ធ្វើការជាមួយគិលានុបដ្ឋាយិកា បុគ្គលិកសង្គម បុគ្គលិកសុខាភិបាលសហគមន៍ ឬអ្នកផ្សព្វផ្សាយដើម្បីរៀបចំគម្រោងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទេ?

បាទ/ចាស ទេ

16. តើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដើម្បីទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

17. តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

18. តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

19. តើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់បរិក្ខារពេទ្យ ឬសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ដូចជា គ្រែមន្ទីរពេទ្យ រទេះរុញ ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ អុកស៊ីហ្សែន ឬថង់ផ្នែករកាតពោះរៀនឬ?

បាទ/ចាស ទេ

20. តើអ្នកមានស្ថានភាពដែលកំណត់សកម្មភាពរបស់អ្នក ឬអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានឬ? បាទ/ចាស ទេ

21. តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ឬការផ្លាស់ប្តូរបង់រ៉ូក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយ (6) ខែចុងក្រោយដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

22. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ? បាទ/ចាស ទេ

22a. ប្រសិនបើមានផ្ទៃពោះ តើអ្នកកំពុងទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត សម្រាប់ការមានគភ៌ឬ? បាទ/ចាស ទេ

22b. តើអ្នកមានគម្រោងមានផ្ទៃពោះក្នុងរយៈពេល 12 ខែខាងមុខនេះទេ? បាទ/ចាស ទេ

23. តើអ្នកទៅជួបគ្រូពេទ្យជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តដូចជា ថប់អារម្មណ៍ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ជំងឺបាយប៉ូឡា ឬជំងឺរីកលចរិកដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

24. ក្នុងរយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) កន្លងទៅ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ឯកាច់នូវប៉ុន្មានថ្ងៃ? (ជិកចម្លើយមួយ)

គ្មានទេ - ខ្ញុំមិនដែលមានអារម្មណ៍ថាឯកាទេ តិចជាង 5 ថ្ងៃ ពី 5 ទៅ 15 ថ្ងៃ

ច្រើនជាងពាក់កណ្តាលខែ (ច្រើនជាង 15 ថ្ងៃ) សឹងតែរៀងរាល់ថ្ងៃ - ខ្ញុំតែងតែមានអារម្មណ៍ថាឯកា

25. តើអ្នករស់នៅទីណា? (គូសលើជំងឺណាដែលលោកអ្នកមាន) លំនៅឋាន

អាជាកមិនដែលមានមនុស្សរស់នៅច្រើន កន្លែងសម្រាកថែទាំ

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាកព្យាបាលដែលមានការស្នាក់នៅ កន្លែងសម្រាករស់នៅដែលមានជំនួយ

មណ្ឌលថែទាំ លំនៅឋានដែលគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ លំនៅឋានដែលមានការការពារ

បច្ចុប្បន្នគ្មានផ្ទះសំបែង ផ្សេងទៀត

26. តើអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការបាត់បង់លំនៅឋានរបស់អ្នកឬ? បាទ/ចាស ទេ

27. តើអ្នករស់នៅជាមួយអ្នកណា? រស់នៅតែម្នាក់ឯង រស់នៅជាមួយប្តីប្រពន្ធ ឬអ្នកដទៃ

រស់នៅជាមួយអ្នកថែទាំ រស់នៅជាមួយកូន ឬសាច់ញាតិ ឬមិត្តភក្តិផ្សេងទៀត

រស់នៅជាមួយនិវាសនជនផ្សេងទៀតនៅក្នុងកន្លែង/កម្មវិធីរបស់ខ្ញុំ

28. ក្នុងរយៈពេល 3 ខែកន្លងមកនេះ តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភថាអាហាររបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកមានលុយទិញបន្ថែមដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

29. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះ តើក្រុមហ៊ុនអគ្គិសនី ហ្គាស ប្រេង ឬទឹកបានគំរាមកំហែងបិទសេវាកម្មនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

30. Health Net មានអត្ថប្រយោជន៍ផ្តល់ជូនដើម្បីគាំទ្រដល់បុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌/សមាជិកសហគមន៍ដែលវិលត្រឡប់មកវិញ។ កាលពីឆ្នាំមុន តើអ្នកបានចំណាយពេលលើសពី 2 យប់ជាប់គ្នានៅក្នុងគុក គុក មណ្ឌលឃុំឃាំង ឬមណ្ឌលកែប្រែអនីតិជនដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

31. ការឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនឹងជួយយើងឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងក្នុងការគាំទ្រសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលគួរឱ្យគោរព។ តើខាងក្រោមនេះមួយណាដែលពណ៌នាអ្នកបានល្អជាងគេ? (ផ្អែកមួយសម្រាប់ជួរនីមួយៗ)

A. ស្រឡាញ់ភេទខុសគ្នា (ស្រឡាញ់ភេទផ្ទុយគ្នា) ស្រីស្រឡាញ់ស្រី ស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា
 អ្នកស្រឡាញ់ពីរភេទ ផ្សេងទៀត មិនប្រាកដ/សំណួរ

B. ប្រុស ស្រី មនុស្សល្អភេទ (ប្រុស) មនុស្សល្អភេទ (ស្រី) មិនមែនប្រុសឬស្រី
 ផ្សេងទៀត

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទង៖

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

សេវាបម្រើសមាជិក

លេខទូរសព្ទគគិតថ្លៃ 1-800-675-6110 (TTY: 711) បម្រើការ 24 ម៉ោង
ក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

www.healthnet.com



Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធរបស់ Health Net, LLC និង Centene Corporation។ Health Net គឺជាសញ្ញាសេវាចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, LLC. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។

BKT066073DP00 (6/25)