

健康信息表手册



在需要时获得额外的医疗保健和服务

立即填写健康信息表

Health Net 为像您一样的 Medi-Cal 会员提供特殊健康方案和服务。因此，我们专门设计了健康信息表，以便更好地了解您的医疗需求。

这份表格可让您分享病史以及关于您感受的详细信息。我们使用此信息，在您需要时协助提供**额外护理和服务**。请尽量回答表格上的所有问题。如在填写表格时需要帮助，请拨打免费电话 **1-800-675-6110 (TTY: 711)** 与会员服务部联络，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

在线填写并提交健康信息表。

请按照以下步骤在线填写并提交：

1. 请访问 <https://member.medi-cal.healthnet.com/>。
2. 登录您的会员门户帐户。
* 如果您没有帐户，请点击 “Create New Account” (创建新帐户)
3. 在会员门户网站主屏幕上，滚动到 **Medical Information (医疗信息)** 部分并点击 *Health Forms (健康表格)*。
4. 选择 **Health Information Form (HIF) (健康信息表)**，填写并提交您的健康信息表。

填写并通过邮寄提交健康信息表。

请按照以下步骤填写并通过邮寄提交：

1. 填写表格。
2. 请将表格放入标有 “Health Information Form” (健康信息表) 的回邮信封中。
(参见示例图片)
使用此信封，则无需贴邮票。
表格请邮寄至：
Medical Management Notifications
PO BOX 2010
Farmington MO 63640-9706

3. 寄出表格。

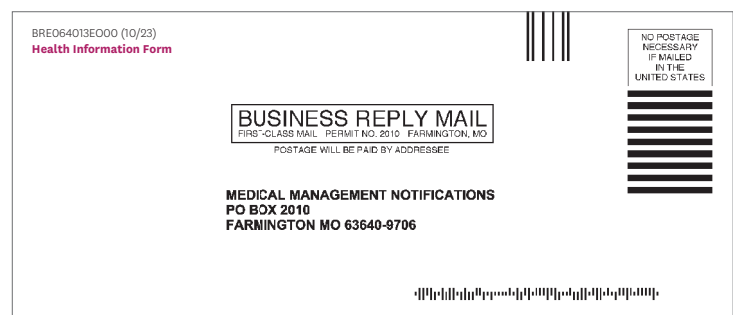
邮寄表格是您获得所需医疗保健服务的第一步！

需要帮助？

请拨打（免费电话）**1-800-675-6110 (TTY: 711)** 与会员服务部联络 每周 7 天、每天 24 小时均提供服务



扫描此 QR 码登录并填写您的健康信息表。



您可在需要以下各项时与保户服务部联络：

- 帮助填写您的健康信息表
- 心理健康服务
- 回答您的医疗保健问题

您无需孤军奋战，我们会随时帮助您！

如果您感到压力、焦虑或遇到以下情况需要帮助，Health Net 也可以为您提供帮助：

- 在家、工作中或与朋友或家人相处遇到困难
- 感到悲伤、愤怒或担忧
- 面临药物或酒精方面的问题

如果您需要帮助，**我们有专家可以立即为您提供咨询。**他们可以帮您预约我们网络内的治疗师，**并且您无需承担费用。**

我们甚至可以为您安排前往治疗师预约的免费交通服务。



我们对您的健康信息保密

我们仅使用此表格上的信息来协助您获得医疗保健服务。您可以在会员手册的“隐私权声明”部分中找到有关隐私的更多信息。或者，您可以致电保户服务部。

health net 健康信息表

此表格自愿填写。您的回答不会影响您获得护理服务。您的回复将严格保密。此表格将帮助我们为您对接合适的服务与支持。

*为必填项

Health Net 会员姓名 (名字, 姓氏)

出生日期 (年月日)

*Medi-Cal ID 号码:

电子邮件:

您希望使用的称呼及代词:

1. 您如何评价自己的健康状况? 极好 非常好 良好 一般 较差

2. 您的身高是多少?(单位:英尺/英寸)

英尺 2 3 4 5 6 7 不清楚

英寸 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 不清楚

3. 您的体重是多少?(单位:磅)

4. 您是否有固定的医生或医疗服务提供者? 是 否

5. 在过去 6 个月中,您是否曾就诊于医生或医疗服务提供者? 是 否

6. 在过去 6 个月中,您曾住院几次?

无 一次 两次 三次 四次 五次或以上

7. 在过去 6 个月中,您曾前往急诊科几次?

无 一次 两次 三次 四次 五次或以上

8. 您正在服用多少种由医生或医疗服务提供者开具的处方药?

0 种 1-3 种 4-7 种 8-14 种 15 种或以上

9. 在过去 12 个月中,您是否曾接种流感疫苗? 是 否

10. 您是否因慢性疾病而定期看医生? 是 否

如果是,请勾选所有适用项: 哮喘/肺部问题 心脏问题 HIV 或艾滋病

糖尿病 肾病 癫痫 其他

11. 您是否需要未来 60 天内看医生? 是 否

12. 您刷牙时牙龈是否出血? 是 否

13. 您在过去一个月中是否曾牙痛? 是 否

14. 您上次因任何原因就诊于牙医或牙科诊所是多久以前?

12 个月内 12 个月前

15. 您是否希望与护士、社会工作者、社区健康工作者或健康促进员合作,共同制定您的医疗保健计划?

是 否

16. 您是否曾在前往医疗预约的交通方面遇到困难? 是 否
17. 您在预约医生时是否遇到困难? 是 否
18. 您在获取处方药时是否遇到困难? 是 否
19. 您是否需要使用医疗设备或用品(如病床、轮椅、助行器、氧气设备或造口袋)?
 是 否
20. 您是否因某种疾病,导致活动或行为能力受限? 是 否
21. 在过去六(6)个月中,您是否需要帮助完成个人护理,如洗澡、穿衣或更换绷带?
 是 否
22. 您目前是否怀孕? 是 否
- 22a. 如果目前怀孕,您是否在医生处接受产检? 是 否
- 22b. 您是否计划在未来12个月内怀孕? 是 否
23. 您是否因心理健康问题(如焦虑、抑郁、双相障碍或精神分裂症)而定期看医生?
 是 否
24. 在过去一个月(30天)中,您感到孤独的天数有多少?(请选择一项。)
 无 - 我从未感到孤独 少于5天 5到15天
 超过一半的天数(15天以上) 大多数天数 - 我总是感到孤独
25. 您居住在以下哪种住所?(请勾选所有适用项) 独立住宅 公寓 集体照护设施
 康复治疗中心 辅助生活设施 疗养院 永久性支持性住房
 保护性住房 目前无住所 其他
26. 您是否担心失去住房? 是 否
27. 您与谁同住? 独居 与配偶或伴侣同住 与照护人员同住
 与孩子、亲戚或朋友同住 与所在设施/项目的其他居民同住
28. 在过去3个月中,您是否担心食物不足而没有钱购买?
 是 否
29. 在过去12个月中,电力、燃气、石油或自来水公司是否曾威胁要切断您家的服务?
 是 否
30. Health Net 提供针对涉司法人员/回归社区成员的相关福利。在过去一年中,您是否曾在拘留所、监狱、收容中心或青少年管教设施连续关押超过2晚?
 是 否
31. 回答以下问题有助于我们以尊重的方式更好地支持您的健康与福祉。哪一项最能描述您的身份?
(每一行选择一项)
- A. 异性恋 女同性恋 男同性恋 双性恋 其他 不确定/正在探索
- B. 男 女 跨性别男性 跨性别女性 酷儿性别 其他

如有疑问或需要了解更多信息,请联系 Health Net 会员服务部。免费电话:1-800-675-6110 (TTY: 711),每周7天、每天24小时均提供服务。21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com

Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, LLC and Centene Corporation 的子公司。

Health Net 是 Health Net, LLC 的注册服务标志。保留所有权利。

修订日期:2025年8月19日

FRM2122351QC01w_Chinese Simplified

如需了解更多信息，请联系：

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

会员服务部

请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711)，每周 7 天、每天
24 小时均提供服务

www.healthnet.com



Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, LLC 与 Centene Corporation 的子公司。
Health Net 是 Health Net, LLC. 的注册服务商标。保留所有权利。

BKT066073QP00 (6/25)