

# دفترچه راهنمای فرم اطلاعات سلامتی



# هنگام نیاز، خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اضافی دریافت کنید

همین امروز فرم اطلاعات سلامت را تکمیل کنید

Health Net خدمات و برنامه‌های سلامتی ویژه‌ای برای اعضای Medi-Cal مانند شما دارد. از این رو، فرم اطلاعات سلامت را طراحی کرده‌ایم تا به ما کمک کند با نیازهای مراقبت بهداشتی شما بهتر آشنا شویم.

## نیاز به کمک دارید؟

در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با بخش خدمات اعضا (خط‌رایگان) تماس بگیرید: (TTY: 711) 1-800-675-6110 یا به صورت آنلاین از این نشانی بازدید کنید: [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

این فرم به شما امکان می‌دهد تا تاریخچه پزشکی و جزئیات وضعیت سلامتی خود را به اشتراک بگذارید. این اطلاعات به ما کمک می‌کند تا در مواقع نیاز به شما خدمات و مراقبت‌های اضافی ارائه دهیم. لطفاً به همه سوالات فرم پاسخ دهید. اگر در تکمیل فرم نیاز به کمک دارید، می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با خط‌رایگان بخش خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

## فرم اطلاعات سلامتی را آنلاین تکمیل کنید.

برای تکمیل و ارسال آنلاین این مراحل را دنبال کنید:

1. به نشانی <https://member.medi-cal.healthnet.com/> بروید.

2. وارد حساب درگاه اعضا شوید.

\*اگر حساب ندارید روی ایجاد حساب جدید (Create New Account) کلیک کنید

3. در صفحه اصلی درگاه اعضا به بخش اطلاعات پزشکی

(Medical Information) بروید و روی گزینه فرم‌های سلامتی

(Health Forms) کلیک کنید.

4. فرم اطلاعات سلامتی (Health Information Form) (HIF) را انتخاب کنید و

فرم را آنلاین تکمیل و ارسال کنید.

## فرم اطلاعات سلامتی را تکمیل کنید و با پست ارسال کنید.

برای تکمیل و ارسال پستی این مراحل را دنبال کنید:

1. فرم را پر کنید.

2. فرم را در پاکت‌نامه‌ای که روی آن عبارت «فرم اطلاعات

سلامتی (Health Information Form)» نوشته شده است

بگذارید.

(به تصویر نمونه رجوع کنید)

اگر از این پاکت‌نامه استفاده می‌کنید به تمبر نیازی نیست.

فرم را به این آدرس پست کنید:

**Medical Management Notifications**

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706

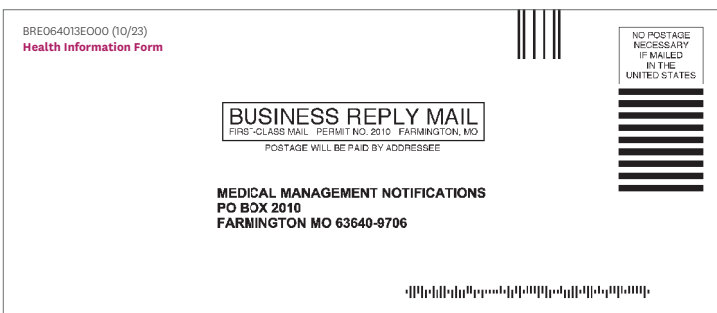
3. فرم را پست کنید.

پست کردن فرم اولین گام برای دریافت مراقبت بهداشتی مناسب خودتان است.

این کد کیو آر را برای ورود و تکمیل فرم اطلاعات سلامتی اسکن کنید.



اسکن کنید



در صورت نیاز به موارد زیر، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید:

- کمک برای پر کردن فرم اطلاعات سلامتی
- خدمات سلامت روانی
- پاسخ به سوالات مراقبت بهداشتی شما



### تنها و در رنج نمانید - ما در کنار شما هستیم!

وقتی که استرس دارید، نگران هستید یا به کمک نیاز دارید Health Net می‌تواند به شما کمک کند:

- اگر در خانه، سر کار یا با دوستان یا خانواده مشکل دارید
- اگر احساس ناراحتی، عصبانیت یا نگرانی می‌کنید
- اگر مشکل مصرف مواد مخدر یا الکل دارید

اگر به کمک نیاز دارید ما کارشناسانی داریم که می‌توانید فوراً با آنها صحبت کنید. اگر بخواهید، می‌توانند کمک کنند از یکی از درمانگران شبکه ما نوبت بگیرید - بدون هیچ هزینه‌ای برای شما.

حتی می‌توانیم برای حمل‌ونقل رایگان برای نوبت شما نزد درمانگر هماهنگی کنیم.

### اطلاعات بهداشتی شما خصوصی است

ما از اطلاعات این فرم فقط برای کمک به ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به شما استفاده می‌کنیم. می‌توانید اطلاعات بیشتری درباره حریم خصوصی را در بخش اطلاعیه حریم خصوصی در دفترچه راهنمای اعضا پیدا کنید. یا اینکه می‌توانید با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

تکمیل این فرم داوطلبانه است. بر اساس پاسخ‌هایتان از مراقبت سلامت محروم نمی‌شوید. پاسخ‌هایتان محرمانه می‌ماند. این فرم به ما کمک می‌کند تا شما را به خدمات و پشتیبانی مناسب وصل کنیم.

\* نشانگر کادر الزامی

نام عضو Health Net (نام خانوادگی، نام)

تاریخ تولد (MMDDYYYY)

\* شماره ID عضویت Medi-Cal:

ایمیل:

نام و ضماین ترجیحی:

1. سلامت‌تان را چطور ارزیابی می‌کنید؟  عالی  بسیار خوب  خوب  متوسط  ضعیف
2. قد شما چند است؟ (پاسخ را به فوت/اینچ وارد کنید)

فوت  2  3  4  5  6  7  نامشخص

اینچ  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  نامشخص

3. وزن شما چقدر است؟ (پاسخ را به پوند وارد کنید)

4. آیا پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت سلامت دارید؟  بله  خیر

5. آیا در 6 ماه اخیر به پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت سلامت خود مراجعه کرده‌اید؟  بله  خیر

6. در 6 ماه اخیر چند بار به بیمارستان مراجعه کرده‌اید؟

هیچ بار  یک بار  دو بار  سه بار  چهار بار  پنج بار یا بیشتر

7. در 6 ماه اخیر چند بار به بخش اورژانس مراجعه کرده‌اید؟

هیچ بار  یک بار  دو بار  سه بار  چهار بار  پنج بار یا بیشتر

8. چند دارو مصرف می‌کنید که توسط پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت سلامت‌تان تجویز شده است؟

0  1-3  4-7  8-14  15 یا بیشتر

9. در 12 ماه اخیر واکسن آنفولانزا دریافت کرده‌اید؟  بله  خیر

10. آیا برای عارضه پزشکی مزمن به پزشک مراجعه می‌کنید؟  بله  خیر

اگر بله، همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید:  آسم/مشکلات ریه  مشکلات قلبی  HIV یا ایدز

دیابت  بیماری کلیه  صرع  سایر

11. آیا در 60 روز آینده نیاز به مراجعه به پزشک خواهید داشت؟  بله  خیر

12. آیا وقتی مسواک می‌زنید از لثه‌تان خون می‌آید؟  بله  خیر

13. آیا در ماه اخیر دندان‌درد داشته‌اید؟  بله  خیر

14. از آخرین باری که به هر دلیلی به دندان‌پزشک یا کلینیک دندان‌پزشکی مراجعه کردید چقدر گذشته است؟

کمتر از 12 ماه  بیشتر از 12 ماه

15. مایل هستید برای برنامه‌ریزی مراقبت سلامت‌تان، با پرستار، مددکار اجتماعی، مددکار سلامت همگانی یا تسهیل‌گری همکاری کنید؟

بله  خیر

16. آیا تا به حال برای رفت و آمد به/ از محل نوبت‌های پزشکی‌تان مشکل حمل‌ونقل داشته‌اید؟  بله  خیر

17. آیا در گرفتن نوبت از پزشکتان با مشکل مواجه هستید؟  بله  خیر

18. آیا در دریافت داروهای نسخه‌ای خود با مشکل مواجه هستید؟  بله  خیر

19. آیا در حال تجهیزات یا وسایل پزشکی مانند تخت بیمارستانی، صندلی چرخ‌دار، واکر، اکسیژن یا کیسه استومی هستید؟  بله  خیر

20. آیا عارضه‌ای دارید که فعالیت‌هایتان یا کارهایی که می‌توانید انجام دهید را محدود می‌کند؟  بله  خیر

21. آیا در شش (6) ماه اخیر، نیاز به کمک در مراقبت شخصی‌تان مانند حمام کردن، لباس پوشیدن یا تعویض بانداژ داشته‌اید؟  بله  خیر

22. آیا باردار هستید؟  بله  خیر

22a. اگر باردار هستید، آیا در حال حاضر برای وضعیت بارداری‌تان به پزشک مراجعه می‌کنید؟  بله  خیر

22b. قصد باردار شدن در 12 ماه آینده دارید؟  بله  خیر

23. آیا برای عارضه سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی، اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی به‌طور منظم به پزشک مراجعه می‌کنید؟  بله  خیر

24. در ماه (30 روز) اخیر، چند روز احساس تنهایی کرده‌اید؟ (یک مورد را علامت بزنید).

هیچ روز — هیچ وقت احساس تنهایی نمی‌کنم  کمتر از 5 روز  از 5 تا 15 روز

بیش از نیمی از روزها (بیش از 15 روز)  بیشتر روزها — همیشه احساس تنهایی می‌کنم

25. کجا زندگی می‌کنید؟ (همه مواردی که مصداق دارند را علامت بزنید)  خانه ویلایی  مجموعه آپارتمانی  مرکز مراقبتی و خدماتی

مرکز درمان آسایشگاهی  مرکز مساعدت زندگی  آسایشگاه سالمندان  مسکن حمایتی دائم

مسکن محافظت‌شده  در حال حاضر فاقد مسکن  سایر

26. آیا نگران از دست دادن مسکن خود هستید؟  بله  خیر

27. با چه کسی زندگی می‌کنید؟  تنها  با همسر یا پارتنرم  با مراقب

با فرزندان یا سایر بستگان و دوستان  با سایر ساکنان مرکز/ برنامه

28. در 3 ماه اخیر، آیا نگران این بوده‌اید که مواد غذایی‌تان تمام شود و پول کافی برای خرید دوباره نداشته باشید؟

بله  خیر

29. در 12 ماه اخیر، آیا شرکت برق، گاز، نفت یا آب تهدید کرده است که سرویس خانه شما را قطع می‌کند؟

بله  خیر

30. Health Net برای حمایت از افراد درگیر پرونده قضایی/افرادی که از زندان آزاد می‌شوند، مزایایی ارائه می‌کند. آیا در سال گذشته، بیش از 2 شب متوالی را در بازداشتگاه، زندان یا کانون اصلاح و تربیت نوجوانان گذرانده‌اید؟

بله  خیر

31. پاسخ به سوال زیر به ما کمک خواهد کرد مؤثر و محترمانه به سلامت و تندرستی شما کمک کنیم. کدام مورد زیر بهتر شما را توصیف می‌کند؟ (برای هر خط، یک مورد را علامت بزنید)

A.  دگرجنس‌گرا (استریت)  زن همجنس‌گرا یا لژیون  مرد همجنس‌گرا یا گی  دوجنس‌گرا  سایر  مطمئن نیستم/در وضعیت تردید

B.  مرد  زن  تراجنس‌گرا (مرد)  تراجنس‌گرا (زن)  جنسیت غیردوگانه یا کوئیر  سایر

برای پرسیدن سوالات یا کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با بخش خدمات اعضای Health Net به شماره رایگان

21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) (TTY: 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید.

Health Net Community Solutions, Inc. شرکت تابعه Health Net, LLC و Centene Corporation است. Health Net نشان خدماتی

ثبت‌شده Health Net, LLC است. کلیه حقوق محفوظ است.

ویرایش‌شده در 08 19 2025

FRM2122351FC01w\_Farsi







برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً تماس بگیرید:

**Health Net**

21281 Burbank Blvd.  
Woodland Hills, CA 91367

**مرکز خدمات اعضا**

تماس رایگان با شماره (711 TTY) 1-800-675-6110 در 24 ساعت شبانه‌روز و  
7 روز هفته

[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

Health Net Community Solutions, Inc. شرکت تابعه Health Net, LLC و Centene Corporation است.  
Health Net نشان خدماتی ثبت شده Health Net, LLC است. کلیه حقوق محفوظ است.

BKT066073FP00 (6/25)