

건강 정보 양식 책자



필요한 경우 추가로 제공되는 건강 관리 및 서비스를 받으십시오

오늘 건강 정보 양식을 작성하십시오

Health Net에서는 귀하와 같은 Medi-Cal 가입자를 위한 특별 프로그램 및 서비스를 제공하고 있습니다. 따라서 가입자의 건강 관리 요구 사항을 더 잘 파악할 수 있도록 건강 정보 양식을 마련했습니다.

해당 양식을 통해 가입자의 병력과 감정 상태에 대한 세부 정보를 공유하시면 됩니다. 당사는 이 정보를 사용하여 필요할 경우 **추가적인 관리 및 서비스**를 제공하고 있습니다. 양식의 모든 질문에 답변해 주십시오. 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 연중무휴 하루 24시간 언제든지 수신자 부담 **1-800-675-6110(TTY: 711)번으로 가입자 서비스에 연락해 주십시오.**

건강 정보 양식을 온라인으로 작성하여 제출하십시오.

양식을 작성하여 제출하려면 다음 단계를 따르십시오.

1. <https://member.medi-cal.healthnet.com/>을 방문합니다.

2. 가입자 포털 계정에 로그인합니다.

*계정이 없는 경우 “새 계정 만들기(Create New Account)”를 클릭합니다.

3. 가입자 포털 홈 화면에서 **의료 정보** 섹션으로 스크롤한 다음 건강 양식을 클릭합니다.

4. **건강 정보 양식(HIF)**을 선택하고 작성하여 제출합니다.

건강 정보 양식을 작성하여 우편으로 제출하십시오.

양식을 작성하여 우편으로 제출하려면 다음 단계를 따르십시오.

1. 양식을 작성하십시오.

2. “건강 정보 양식”이라고 적힌 봉투에 양식을 넣으십시오.

(샘플 이미지 참조)

이 봉투를 사용할 경우 우표가 필요 없습니다.

다음 주소로 양식을 보내십시오.

Medical Management Notifications

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706

3. 양식을 우편으로 보내십시오.

적합한 의료 서비스를 받을 수 있는 첫 단계가 바로 양식을 우편으로 보내는 것입니다.

도움이 필요하십니까?

연중무휴, 하루 24시간
언제든지 가입자 서비스
전화(수신자 부담):

1-800-675-6110 (TTY: 711)번으로
문의하십시오.

또는 온라인으로
www.healthnet.com을 방문해
주십시오.



이 QR 코드를 스캔하여
로그인하고 건강 정보
양식을 작성하십시오.



다음과 같은 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 연락하십시오.

- 건강 정보 양식 작성 지원
- 정신 건강 서비스
- 의료 서비스 관련 질문에 대한 답변

혼자 고민하지 마세요 - 저희가 기꺼이 도와드리겠습니다!

Health Net에서는 다음과 같은 경우 스트레스나 불안감을 느끼거나 도움이 필요할 때도 도움을 드릴 수 있습니다.

- 가정, 직장, 친구 또는 가족 관계에서 어려움을 겪는 경우
- 슬프거나 화가 나거나 걱정이 있는 경우
- 약물 또는 알코올 관련 문제가 있는 경우

도움이 필요하시면 **바로 상담할 수 있는 전문가들이 있습니다.** 원하시면 저희 네트워크 소속 치료사와 진료를 예약하도록 도와드릴 수 있습니다. **이 서비스는 무료입니다.**

치료사에게 방문하실 때 무료 교통편을 주선해 드릴 수도 있습니다.



건강 정보는 비공개입니다.

가입자가 의료 서비스를 받는 데 도움을 드리기 위해서만 이 양식의 정보를 사용합니다. 개인 정보 보호에 관한 자세한 내용은 가입자 안내서의 개인 정보 고지 섹션에서 확인하십시오. 또는 가입자 서비스에 문의하십시오.

health net 건강 정보 양식

이 양식은 원하실 경우에만 작성하시면 됩니다. 어떤 답변을 하셔도 진료에는 영향을 미치지 않습니다. 작성하신 답변은 기밀 유지가 됩니다. 이 양식은 귀하가 적절한 서비스와 지원을 받으실 수 있도록 도와드립니다.

*필수 입력란

Health Net 가입자 이름 (성, 이름)

생년월일 (월/일/연도)

*Medi-Cal ID 번호:

이메일:

선호하는 이름 및 대명사:

1. 본인의 건강 상태를 어떻게 생각하십니까? 아주 좋음 매우 좋음 좋음 보통 나쁨

2. 키는 얼마입니까(피트/인치로 답변 입력)?

피트 2 3 4 5 6 7 알 수 없음

인치 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 알 수 없음

3. 몸무게는 얼마입니까(파운드로 답변 입력)?

4. 담당 의사나 의료 공급자가 있습니까? 예 아니요

5. 지난 6개월 동안 담당 의사나 의료 공급자에게 진료를 받은 적이 있습니까? 예 아니요

6. 지난 6개월 동안 병원에 입원한 횟수는 몇 번입니까?

없음 1회 2회 3회 4회 5회 이상

7. 지난 6개월 동안 응급실을 방문한 횟수는 몇 번입니까?

없음 1회 2회 3회 4회 5회 이상

8. 담당 의사 또는 의료 공급자가 처방한 약을 몇 가지 복용하고 계십니까?

0 1~3가지 4~7가지 8~14가지 15가지 이상

9. 지난 12개월 동안 독감 예방 주사를 맞은 적이 있습니까? 예 아니요

10. 만성 질환으로 인해 의사의 진료를 받고 계십니까? 예 아니요

답변이 예인 경우, 해당하는 모든 항목을 선택해 주십시오. 천식/폐 질환 심장 질환 HIV 또는 에이즈

당뇨병 신장 질환 발작 기타

11. 향후 60일 이내에 의사의 진료가 필요하십니까? 예 아니요

12. 양치할 때 잇몸에서 피가 나십니까? 예 아니요

13. 지난 한 달 동안 치통을 경험하십니까? 예 아니요

14. 어떤 이유에서든 마지막으로 치과나 치과 클리닉을 방문하신지 얼마나 되셨습니까?

12개월 미만 12개월 이상

15. 향후 건강 관리를 계획하는 데 간호사, 사회 복지사, 지역 사회 의료 종사자 또는 라틴계 커뮤니티 보건 요원의 도움을 받고 싶으십니까?

예 아니요

16. 진료 예약에 가기 위한 교통편이 문제가 되신 적이 있습니까? 예 아니요
17. 담당 의사와 진료 예약을 잡는 데 어려움이 있습니까? 예 아니요
18. 처방약을 구하는 데 어려움이 있습니까? 예 아니요
19. 병원 침대, 휠체어, 보행기, 산소, 장루 주머니 등 의료 장비나 용품을 사용하고 계십니까?
 예 아니요
20. 활동이나 할 수 있는 일을 제한하는 질환이 있습니까? 예 아니요
21. 지난 6개월 동안 목욕, 옷 입기, 붕대 갈기와 같은 개인 위생 관리에 도움이 필요했던 적이 있습니까?
 예 아니요
22. 임신 중이십니까? 예 아니요
- 22a. 임신 중이라면, 현재 임신과 관련하여 의사의 진료를 받고 계십니까? 예 아니요
- 22b. 향후 12개월 내에 임신할 계획이 있으십니까? 예 아니요
23. 불안, 우울증, 양극성 장애, 조현병과 같은 정신 건강 문제로 인해 정기적으로 의사의 진료를 받고 계십니까?
 예 아니요
24. 지난 한 달(30일) 동안 외롭다고 느꼈던 날은 며칠쯤 되십니까? (하나만 선택)
 없음 - 전혀 외로움을 느끼지 않음 5일 미만 5일에서 15일 사이
 절반 이상(15일 이상) 대부분 - 항상 외로움을 느낌
25. 어디에 거주하고 계십니까? (모든 해당 사항에 체크 표시) 주택 아파트 단지 거주형 돌봄 시설
 주거 치료 센터 지원 생활 시설 요양원 영구적 지원 주택
 보호 주택 현재 거주지 없음 기타
26. 주거지를 잃을까 봐 걱정되십니까? 예 아니요
27. 누구와 함께 살고 계십니까? 혼자 거주 배우자 또는 동거인과 거주 간병인과 거주
 자녀, 친척 또는 친구와 거주 시설/프로그램의 다른 입주자들과 거주
28. 지난 3개월 동안 먹을 음식이 떨어지기 전에 돈이 모자랄까 걱정한 적이 있습니까?
 예 아니요
29. 지난 12개월 동안 전기, 가스, 석유 또는 수도 회사에서 귀하의 가정에 대한 서비스를 중단하겠다고 통보한 적이 있습니까?
 예 아니요
30. Health Net은 교정 시설에 있었던 개인이나 사회 복귀 구성원을 지원하기 위한 혜택을 제공합니다. 지난 1년 동안 교도소, 구치소, 소년원 등에서 2일 이상 연속으로 머문 적이 있습니까?
 예 아니요
31. 아래 질문에 답변 주시면 당사가 귀하의 건강과 웰빙을 보다 존중하는 방식으로 지원하는 데 도움이 됩니다. 다음 중 귀하를 가장 잘 설명하는 항목은 무엇입니까? (항목별로 하나씩 선택)
- A. 이성애자 레즈비언 게이 양성애자 기타 잘 모르겠음/의문 있음
- B. 남성 여성 성전환자(남성) 성전환자(여성) 비이분법적 성정체성자 기타

궁금한 점이 있거나 자세한 내용을 알아보려면 Health Net 가입자 서비스 수신자 부담 전화번호(1-800-675-6110(TTY: 711))로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com
Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 자회사입니다.
Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스 표시입니다. 모든 권리 보유.

자세한 내용은 다음으로 문의하십시오.

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

가입자 서비스

수신자 부담 1-800-675-6110(TTY: 711) 주 7일 하루 24시간

www.healthnet.com



Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스 표시입니다. 모든 권리 보유.

BKT066073KPO0 (6/25)