

Sổ Tay Biểu Mẫu Thông Tin Sức Khỏe



Nhận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Bổ Sung và Các Dịch Vụ Khác Khi Cần

HOÀN THÀNH PHIẾU KHAI BÁO THÔNG TIN SỨC KHỎE NGAY HÔM NAY

Health Net cung cấp các chương trình chăm sóc sức khỏe và dịch vụ đặc biệt cho các hội viên Medi-Cal giống như quý vị. Đó là lý do tại sao chúng tôi đã tạo Phiếu Khai Báo Thông Tin Sức Khỏe để giúp chúng tôi hiểu rõ hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Phiếu khai báo thông tin này cho phép quý vị chia sẻ bệnh sử và nêu chi tiết cảm giác của quý vị. Chúng tôi sử dụng thông tin trong phiếu này để cung cấp cho quý vị **thêm dịch vụ chăm sóc và các dịch vụ khác** khi cần. Quý vị hãy cố gắng trả lời tất cả các câu hỏi trên phiếu khai báo. Nếu quý vị cần trợ giúp hoàn thành phiếu khai báo thông tin này, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại miễn cước **1-800-675-6110 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.**

Hoàn thành và gửi Phiếu Khai Báo Thông Tin Sức Khỏe qua kênh trực tuyến.

Để hoàn thành và gửi phiếu khai báo trực tuyến, vui lòng làm theo các bước sau:

1. Truy cập trang <https://member.medi-cal.healthnet.com/>.
2. **Đăng nhập vào tài khoản của quý vị trên cổng thông tin hội viên.**
*Nếu quý vị chưa có tài khoản, hãy nhấp vào "Tạo Tài Khoản Mới"
3. Trên màn hình trang chủ cổng thông tin hội viên, hãy cuộn xuống phần **Thông Tin Y Tế** và nhấp vào *Phiếu Thông Tin Sức Khỏe*.
4. Chọn **Phiếu Khai Báo Thông Tin Sức Khỏe (HIF)**, hoàn thành và gửi phiếu khai báo của quý vị

Hoàn thành và gửi Phiếu Khai Báo Thông Tin Sức Khỏe qua đường bưu điện.

Để hoàn thành và gửi phiếu khai báo qua đường bưu điện, vui lòng làm theo các bước sau:

1. **Điền vào phiếu khai báo.**
2. **Cho phiếu vào phong bì gửi kèm có dán nhãn "Phiếu Khai Báo Thông Tin Sức Khỏe".**

(xem ảnh minh họa)

Quý vị không cần dán tem nếu sử dụng phong bì này.

Gửi phiếu khai báo tới:

Medical Management Notifications

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706

3. **Gửi phiếu khai báo qua đường bưu điện.**

Gửi phiếu khai báo thông tin qua đường bưu điện là bước đầu tiên để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp với quý vị.

Quý vị cần trợ giúp?

Gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại miễn cước): **1-800-675-6110 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần**

Hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ: www.healthnet.com



Quét mã QR này để đăng nhập và hoàn thành Phiếu Khai Báo Thông Tin Sức Khỏe.



Hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên khi quý vị cần:

- Giúp đỡ điền thông tin vào Phiếu Khai Báo Thông Tin Sức Khỏe
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần
- Giải đáp các thắc mắc về dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Đừng chịu đựng một mình – Chúng tôi luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị!

Health Net cũng có thể giúp khi quý vị cảm thấy căng thẳng, lo lắng hoặc cần giúp đỡ nếu quý vị:

- Gặp khó khăn tại nhà, tại nơi làm việc hoặc với bạn bè hoặc gia đình
- Cảm thấy buồn bã, tức giận hoặc lo lắng
- Gặp vấn đề với ma túy hoặc bia rượu

Nếu quý vị cần giúp đỡ, **chúng tôi có các chuyên gia mà quý vị có thể trò chuyện hoặc trao đổi ngay lập tức.** Nếu quý vị muốn, họ có thể hỗ trợ quý vị đặt lịch hẹn với chuyên gia trị liệu trong hệ thống của chúng tôi **hoàn toàn miễn phí.**

Thậm chí, chúng tôi có thể sắp xếp đưa đón quý vị miễn phí đến buổi hẹn với chuyên gia trị liệu.



Thông tin sức khỏe của quý vị là thông tin riêng tư

Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin trên phiếu khai báo thông tin này để giúp quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể tìm hiểu thêm về quyền riêng tư trong cẩm nang hội viên của mình ở phần Thông Báo về Quyền Riêng Tư. Hoặc quý vị có thể gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên.



health net

PHIẾU KHAI BÁO THÔNG TIN SỨC KHỎE

Việc điền vào phiếu này là tự nguyện. Quý vị sẽ không bị từ chối chăm sóc dựa trên các câu trả lời của mình. Các câu trả lời của quý vị được bảo mật. **Phiếu này sẽ giúp chúng tôi kết nối quý vị với các dịch vụ và hỗ trợ phù hợp.**

*Chỉ mục bắt buộc

Tên của Hội Viên Health Net (Ho, Tên)

Ngày Sinh (MMDDYYYY)

*Số ID Medi-Cal:

Email:

Biệt danh và cách xưng hô:

1. Quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào? Tuyệt vời Rất tốt Tốt Bình thường Kém

2. Chiều cao của quý vị là bao nhiêu (tính bằng feet/inch)?

Feet 2 3 4 5 6 7 Không xác định

Inch 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Không xác định

3. Cân nặng của quý vị là bao nhiêu (tính bằng pound)?

4. Quý vị có bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không? Có Không

5. Quý vị có gặp bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình trong 6 tháng qua không? Có Không

6. Quý vị đã nhập viện bao nhiêu lần trong 6 tháng qua?

Không Một lần Hai lần Ba lần Bốn lần Năm lần trở lên

7. Quý vị đã tới Khoa Cấp Cứu bao nhiêu lần trong 6 tháng qua?

Không Một lần Hai lần Ba lần Bốn lần Năm lần trở lên

8. Quý vị uống bao nhiêu loại thuốc do bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe kê đơn?

0 1-3 4-7 8-14 15 trở lên

9. Quý vị có tiêm phòng cúm trong 12 tháng qua không? Có Không

10. Quý vị có gặp bác sĩ vì bất kỳ tình trạng bệnh mãn tính nào không? Có Không

Nếu có, vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp: Bệnh hen suyễn/
Vấn đề về phổi Vấn đề về tim HIV hoặc AIDS

Bệnh tiểu đường Bệnh thận Chứng co giật Khác

11. Quý vị có cần gặp bác sĩ trong vòng 60 ngày tới không? Có Không

12. Nướu của quý vị có bị chảy máu khi đánh răng không? Có Không

13. Quý vị có bị đau răng miệng trong tháng qua không? Có Không

14. Đã bao lâu kể từ lần gần nhất quý vị gặp nha sĩ hoặc đến phòng khám nha khoa vì bất kỳ lý do gì?

Dưới 12 tháng Hơn 12 tháng

15. Quý vị muốn làm việc với y tá, nhân viên công tác xã hội, nhân viên y tế cộng đồng hay nhân viên thúc đẩy sức khỏe cộng đồng để lên kế hoạch chăm sóc sức khỏe?

Có Không

16. Việc chuyên chở đến các buổi hẹn thăm khám y tế có phải là vấn đề đối với quý vị không? Có Không

17. Quý vị có gặp vấn đề khi hẹn thăm khám với bác sĩ không? Có Không

18. Quý vị có gặp vấn đề khi mua thuốc kê đơn không? Có Không

19. Quý vị có sử dụng thiết bị hoặc vật tư y tế như giường bệnh viện, xe lăn, khung tập đi, bình ô-xy hay túi hậu môn nhân tạo không? Có Không

20. Quý vị có bị tình trạng nào đó giới hạn các hoạt động hoặc những việc quý vị có thể làm không? Có Không

21. Quý vị có cần trợ giúp chăm sóc cá nhân như tắm, mặc quần áo hay thay băng trong sáu (6) tháng qua không? Có Không

22. Quý vị có đang mang thai không? Có Không

22a. Nếu mang thai, quý vị có đang gặp bác sĩ để thăm khám về thai kỳ không? Có Không

22b. Quý vị có dự định mang thai trong 12 tháng tới không? Có Không

23. Quý vị có gặp bác sĩ thường xuyên do vấn đề về sức khỏe tâm thần như lo lắng, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực hoặc tâm thần phân liệt không? Có Không

24. Trong tháng qua (30 ngày), có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy cô đơn? (Đánh dấu một mục.)

Không có ngày nào - Tôi không bao giờ cảm thấy cô đơn Dưới 5 ngày Từ 5 đến 15 ngày

Hơn nửa số ngày (nhiều hơn 15) Hầu hết mọi ngày - Tôi luôn cảm thấy cô đơn

25. Quý vị sống ở đâu? (Đánh dấu tất cả các mục phù hợp) Nhà ở Khu chung cư

Cơ sở chăm sóc và nội trú Trung tâm điều trị nội trú Nhà ở hỗ trợ Viện dưỡng lão

Nhà ở được hỗ trợ lâu dài Nhà ở bảo vệ Hiện đang vô gia cư Khác

26. Quý vị có lo lắng về việc mất nhà ở không? Có Không

27. Quý vị sống cùng ai? Sống một mình Sống cùng vợ/chồng hoặc người quan trọng khác Sống cùng người chăm sóc

Sống cùng con cái hoặc người thân khác hoặc bạn bè Sống cùng các cư dân khác tại cơ sở/chương trình của tôi

28. Trong 3 tháng qua, quý vị có lo lắng về việc hết thức ăn trước khi có tiền để mua thêm không?

Có Không

29. Trong 12 tháng qua, công ty điện, gas, dầu hoặc nước có cảnh báo sẽ ngừng dịch vụ đối với nhà của quý vị không?

Có Không

30. Health Net có sẵn các quyền lợi để hỗ trợ các cá nhân vướng vào lao lý/thành viên cộng đồng tái hòa nhập. Trong năm qua, quý vị có phải ở nhiều hơn 2 đêm trong nhà tù, trại giam, trung tâm giam giữ hoặc cơ sở cải tạo vì thành niên không? Có Không

31. Việc trả lời các câu hỏi dưới đây sẽ giúp chúng tôi hỗ trợ tốt hơn cho sức khỏe và sự hạnh phúc của quý vị theo cách tôn trọng. Mục nào sau đây mô tả chính xác nhất về quý vị? (đánh dấu một mục cho mỗi dòng)

A. Dị tính (thích giao hợp với người khác giới) Đồng tính nữ Đồng tính nam Song tính Khác Không chắc chắn

B. Nam Nữ Người chuyển giới (Nam) Người chuyển giới (Nữ) Genderqueer (nghe hoặc giới) Khác

Để thắc mắc hoặc lấy thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên của Health Net Số điện thoại miễn cước 1-800-675-6110 (TTY: 711) 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần. 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com Health Net Community Solutions, Inc. is a subsidiary of Health Net, LLC and Centene Corporation. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Bảo lưu mọi quyền. Đã sửa đổi 08 19 2025 FRM2122351VC01w_Vietnamese

Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ:

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

Dịch Vụ Hội Viên

Số điện thoại miễn cước 1-800-675-6110 (TTY: 711) 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần

www.healthnet.com



Health Net Community Solutions, Inc. là công ty con của Health Net, LLC và Centene Corporation. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Bảo lưu mọi quyền.

BKT066073VP00 (6/25)