

Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe (Health Risk Assessment – HRA)

CHÚ Ý: NẾU ĐÃ HOÀN THÀNH VÀ NỘP MẪU NÀY CHO CHÚNG TÔI, THÌ QUÝ VỊ KHÔNG CẦN PHẢI LÀM LẠI.

Trả lời các câu hỏi dưới đây để chúng tôi có thể giúp quý vị luôn cảm thấy thoải mái và cải thiện sức khỏe của mình. Vui lòng trả lời càng nhiều câu hỏi càng tốt và gửi lại mẫu này trong phong bì trả trước. **Quý vị có thể kiếm được phần thưởng \$25 khi quý vị gửi thư HRA đã hoàn thành của mình!**

Số MBI	Số ID Hội viên	Chương trình	Ngày Hiệu lực
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tên Hội viên	Họ Hội viên	Ngày Sinh	Giới tính
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> Khác
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu chính
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Số Điện thoại Nhà	Điện thoại Di động	Địa chỉ Email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Phương tiện giao tiếp ưu tiên của quý vị là gì? Điện thoại Di động Điện thoại Nhà riêng

Quý vị có sử dụng bất kỳ thiết bị nào sau đây tại nhà hay không?

Máy tính bảng hoặc Điện thoại thông minh Máy tính xách tay hoặc Máy tính để bàn

Quý vị có truy cập internet ở nhà không? Có Không

Quý vị có sẵn sàng thăm khám trực tuyến / telehealth với nhà cung cấp của mình không? Có Không

Bác sĩ Chăm sóc Chính:

Ngôn ngữ nói ưa thích của quý vị về chăm sóc sức khỏe là gì?

Tiếng Anh Tiếng Trung Tiếng Việt Không thích trả lời

Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Hàn Khác, vui lòng nêu rõ: _____

Ngôn ngữ viết ưa thích của quý vị về chăm sóc sức khỏe là gì?

Tiếng Anh Tiếng Trung (bao gồm tiếng Quảng Đông, tiếng

Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung (bao gồm tiếng Quảng Đông, tiếng Quan Thoại, tiếng Phúc Kiến, các loại khác) Tiếng Hàn Khác, vui lòng nêu rõ

Tiếng Việt Không thích trả lời

Phần A: Y khoa

A1: Về tổng thể, quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào?

Tuyệt vời Rất tốt Tốt Bình thường Yếu

A2: Trong 12 tháng qua, quý vị có lưu trú qua đêm tại bệnh viện với tư cách bệnh nhân tại bệnh viện hoặc Cơ sở Chăm sóc (Viện dưỡng lão) hay không?

Không 1-2 lần 3-5 lần Trên 6 lần

A3: Quý vị có bị Đau mạn tính hay không? Có Không

Nếu có, ở đâu?: _____

A4: Trên thang điểm từ 0 (không đau) đến 10 (đau dữ dội, tàn tật), quý vị đánh giá mức độ đau của mình trong 30 ngày qua như thế nào?

Trả lời (0-10): _____

A5: Quý vị thường xuyên tập thể dục mỗi tuần không?

5 ngày trở lên 3-4 ngày 1-2 ngày Hiếm khi Không bao giờ

A6: Quý vị cao bao nhiêu? _____ **A7:** Cân nặng của quý vị là bao nhiêu? _____ lbs.

A8: Quý vị đã nhận được bất kỳ mục nào sau đây không? Chọn tất cả những câu đúng:

Tiêm phòng cúm Vắc-xin ngừa bệnh viêm phổi Nội soi đại tràng Vắc-xin ngừa COVID

A9: Bác sĩ có nói với quý vị rằng quý vị bị? Chọn tất cả những câu đúng:

<input type="checkbox"/> Suy tim	<input type="checkbox"/> Cholesterol cao	<input type="checkbox"/> Cao huyết áp
<input type="checkbox"/> Bệnh Tim mạch	<input type="checkbox"/> Cục máu đông	<input type="checkbox"/> Xơ gan
<input type="checkbox"/> Lo âu	<input type="checkbox"/> Nhịp tim Bất thường	<input type="checkbox"/> Mất tự chủ tiểu tiện
<input type="checkbox"/> Viêm khớp	<input type="checkbox"/> Loãng xương	<input type="checkbox"/> Lọc thận
<input type="checkbox"/> Ung thư	<input type="checkbox"/> Bệnh mạch ngoại biên	<input type="checkbox"/> Không có điều nào
<input type="checkbox"/> Sa sút trí tuệ	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường/Đường Huyết Cao	
<input type="checkbox"/> Khác: _____		

A10: Quý vị có bị dị ứng không? Có Không

Nếu có, thì sao: _____

A11: Bao lâu thì quý vị quên uống thuốc?

Hầu như mỗi ngày 2-4 lần mỗi tuần 1 lần mỗi tuần Hiếm khi hoặc không bao giờ

Phần B: Sức khỏe Hành vi

Đối với **B1 & B2**, quý vị có thường xuyên bị làm phiền bởi những điều sau đây trong 30 ngày qua không?

B1: Ít quan tâm hoặc hứng thú khi làm điều gì đó quý vị thường làm:

Không chút nào Hơn một nửa các ngày Vài ngày Gần như hàng ngày

B2: Cảm thấy buồn, chán nản, dễ cáu kỉnh, hay vô vọng:

Không chút nào Hơn một nửa các ngày Vài ngày Gần như hàng ngày

B3: Quý vị, gia đình / bạn bè của quý vị có quan tâm đến trí nhớ của quý vị không? Có Không

B4: Quý vị có thường cảm thấy mình bị cô lập với những người khác hay không?

Hầu như không bao giờ Đôi khi Thường xuyên

B5: Quý vị hiện có đang trong quá trình phục hồi vì sử dụng rượu hoặc chất kích thích không?

Có Không

B6: Quý vị có thường uống đồ uống có cồn không?

Không bao giờ 2 đến 3 lần một tháng 4 lần trở lên một tuần

Hàng tháng hoặc ít hơn 2 đến 4 lần một tuần 2 đến 4 lần một tháng

B7: Quý vị có hút thuốc lá hoặc sử dụng thuốc lá không? Có Không

B8: Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã sử dụng thuốc kích thích hoặc sử dụng thuốc theo toa không vì lý do y tế?

Không 1 trở lên

Phần C: Sinh hoạt Hàng ngày

C1: Quý vị có sống tại:

Nhà riêng, căn hộ, chung cư hoặc nhà di động Viện dưỡng lão

Căn hộ hoặc nhà trọ có sự chăm sóc và viện dưỡng lão Không áp dụng

C2: Quý vị có đang sử dụng dịch vụ Y tế Tại nhà không? Có Không

C3: Quý vị sống với ai?

Vợ/chồng Con cái hoặc người thân khác Một mình Bạn bè Khác

C4: Có bạn bè, người thân hoặc hàng xóm nào giúp quý vị với các nhu cầu y tế của quý vị không?

Có Không

Nếu có, ai?: _____

C5: Quý vị có Chỉ thị Trước không? Có Không

C6: Quý vị có ai đó giúp quý vị đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe không?

Có Không

Nếu có, là ai? _____ Số điện thoại: _____

C7: Quý vị đã trò chuyện với nhà cung cấp của mình về việc quý vị có muốn (các) điều trị duy trì sự sống ở mức độ nào không?

Có Không

C8: Quý vị đã bị ngã trong tháng trước? Có Không

C9: Quý vị có đang sử dụng Thiết bị Y tế Lâu bền hay các dụng cụ y tế không? Có Không

C10: Nếu có với C9, vui lòng chọn thiết bị hoặc dụng cụ y tế nào dưới đây:

<input type="checkbox"/> Xe lăn	<input type="checkbox"/> Nệm Hơi	<input type="checkbox"/> Giường Bệnh	<input type="checkbox"/> Ghế ngồi Vệ sinh
<input type="checkbox"/> Khung tập đi	<input type="checkbox"/> Máy CPAP/Ngưng thở lúc Ngủ	<input type="checkbox"/> Ôxy	<input type="checkbox"/> Ghế Tắm
<input type="checkbox"/> Gậy	<input type="checkbox"/> Ghế có lỗ	<input type="checkbox"/> Tã giấy	<input type="checkbox"/> Ống thông

C11: Quản lý thuốc:

Tôi không gặp khó khăn Có, tôi gặp khó khăn

Tôi không thể thực hiện hoạt động này nếu không có sự trợ giúp

C12: Quý vị có Dịch vụ Hỗ trợ tại nhà không? Có Không

C13: Quý vị có gặp khó khăn với bất kỳ điều nào sau đây không:

<input type="checkbox"/> Tự ăn	<input type="checkbox"/> Vận động (trên các bề mặt bằng phẳng)
<input type="checkbox"/> Tắm rửa	<input type="checkbox"/> Đi lên hoặc xuống cầu thang
<input type="checkbox"/> Chải tóc	<input type="checkbox"/> Quản lý tiền
<input type="checkbox"/> Đại tiện không tự chủ hoặc tai nạn	<input type="checkbox"/> Chuẩn bị thức ăn
<input type="checkbox"/> Tiểu không tự chủ hoặc tai nạn	<input type="checkbox"/> Giặt là
<input type="checkbox"/> Sử dụng nhà vệ sinh	<input type="checkbox"/> Dọn dẹp nhà cửa
<input type="checkbox"/> Chuyển (ví dụ: giường sang ghế và trở lại)	

C14: Trong 12 tháng qua, quý vị có bao giờ ăn ít hơn mức quý vị cần vì không có đủ tiền mua thức ăn không?

Có Không

C15: Quý vị có nhà ở? Có Không

C16: Quý vị đang lo lắng về việc mất nhà ở của mình hay không? Có Không

C17: Trong vòng 12 tháng qua, tình trạng thiếu phương tiện đi lại đã khiến quý vị không đến được các cuộc hẹn khám bệnh, nhận thuốc, các cuộc họp hoặc cuộc hẹn không liên quan đến y tế, công việc hoặc không nhận được những thứ quý vị cần?

Có Không

Sales Agent Information

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

Name of Staff/Agent/Broker (Print Name)

Signature

Date

Relationship to Enrollee

Agent NPN

Agent Phone Number

Agent License Number

FMO

TRANG NÀY CỐ Ý ĐỂ TRỐNG

TRANG NÀY CỐ Ý ĐỂ TRỐNG

TRANG NÀY CỐ Ý ĐỂ TRỐNG