



ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਫਾਰਮ

ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਇਸ ਲਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ Partnership HealthPlan of California ਵਿੱਚ ਨਵੇਂ ਮੈਂਬਰ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। Partnership ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ

ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਸੰਭਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਉਸ ਜਵਾਬ ਉੱਪਰ ਚੱਕਰ ਬਣਾਓ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਵਾਸਤੇ ਇੱਕ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਜਿਸਨੂੰ Partnership ਵਿੱਚ ਨਵੇਂ ਮੈਂਬਰ ਵਜੋਂ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Partnership ਨੂੰ (800) 863-4155, 'ਤੇ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ (800) 735-2929 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਕੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ (ਪੀਲੇ) ਲਿਫਾਫੇ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਕਰੋ ਜਾਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:

Q&A Research Inc
#357, 22052 W 66th St.
Shawnee, KS 66226-9905

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਸਵੈ-ਇੱਛਤ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਗੁਪਤ ਜਵਾਬਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਭਾਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

Partnership ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____ **Medi-Cal ID ਨੰਬਰ:** _____

- | | | |
|--|-----------------------|--------------|
| 1. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਗਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਰੋਜ਼ 3 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 3. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਵਸਥਾ ਲਈ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਿਪ੍ਰੈਸ਼ਨ, ਬਾਈਪੋਲਰ ਡਿਸਆਰਡਰ, ਜਾਂ ਸਕਿਜ਼ੋਫ੍ਰੇਨੀਆ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 4. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ 2 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਵਾਰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਗਏ ਹੋ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 5. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 6. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਦੇਖਭਾਲ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਹਾਉਣਾ, ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨਣਾ, ਜਾਂ ਪੱਟੀਆਂ ਬਦਲਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ ਹੈ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 7. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਬਿਸਤਰਾ, ਫ੍ਰੀਲਚੇਅਰ, ਵਾਕਰ, ਆਕਸੀਜਨ ਜਾਂ ਓਸਟੋਮੀ ਬੈਗ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 8. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਅਵਸਥਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਜਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦੀ ਹੈ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 9. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 9a. ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਇਸ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਲਈ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲ ਰਹੇ ਹੋ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| 10. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਚਿਰਕਾਲੀਨ ਡਾਕਟਰੀ ਅਵਸਥਾ ਲਈ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹੋ? | ਹਾਂ | ਨਹੀਂ |
| ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਚੱਕਰ ਬਣਾਓ: | | |
| a. ਦਮਾ / ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀਆਂ | b. ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ | c. ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ |

ਗੁਪਤ

g. ਹੋਰ _____

ਇਹ ਜਵਾਬ Partnership ਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾਣਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸਾਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨਵੀਂ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰੋਗੀ।

ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਜੇ ਮੈਂਬਰ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਤਾਂ ਰਿਸ਼ਤਾ ਦੱਸੋ: ਮਾਪੇ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ ਹੋਰ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ