



Form ng Impormasyon ng Kalusugan

Gagamitin ng Partnership ang form na ito para siguraduhin na natatanggap ninyo ang pangangalagang maaaring kailangan ninyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Partnership sa: **(800) 863-4155**, Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8 a.m. – 5 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa: **(800) 735-2929**.

Pakibilugan ang bawat sagot na naaangkop sa inyo. Kumpletuhin ang isang form para sa bawat tao sa inyong pamilya na katatalaga lamang sa Partnership.

Mangyaring ibalik ang nakumpletong form na ito sa (dilaw) na sobre na ibinigay o ipadala Sa: Q&A Research Inc
#357, 22052 W 66th St.
Shawnee, KS 66226-9905

Ang pagsagot sa form na ito ay boluntaryo. Hindi kayo pagkakaitan ng pangangalaga batay sa inyong mga kompidensiyal na sagot.

Pangalan ng Miyembro ng Partnership: _____

Petsa kung kailan Ipinanganak: _____ **Numero ng Medi-Cal ID:** _____

- | | | |
|--|---------------------------|------------------------------|
| 1. Kailangan ba ninyong magpatingin sa doktor sa susunod na 60 araw? | OO | HINDI |
| 2. Umiinom ba kayo ng 3 o mas marami pang inireresetang gamot sa bawat araw? | OO | HINDI |
| 3. Regular ba kayong nagpatingin sa doktor para sa kondisyon sa kalusugan ng pag-iisip tulad ng depresyon, bipolar disorder, o schizophrenia? | OO | HINDI |
| 4. Napunta na ba kayo sa emergency room nang 2 o mas marami pang beses sa nakalipas na 12 buwan? | OO | HINDI |
| 5. Naospital ba kayo sa nakalipas na 12 buwan? | OO | HINDI |
| 6. Nangailangan ba kayo ng tulong sa pangangalaga ng inyong sarili tulad ng pagligo, pagbibihis, o pagpapalit ng mga benda sa nakalipas na 6 na buwan? | OO | HINDI |
| 7. Gumagamit ba kayo ng mga medikal na kagamitan o supply tulad ng kama ng ospital, wheelchair, walker, oxygen o mga ostomy bag? | OO | HINDI |
| 8. Mayroon ba kayong kondisyon na naglilimita sa inyong mga aktibidad o sa nakakaya ninyong gawin? | OO | HINDI |
| 9. Buntis ba kayo? | OO | HINDI |
| 9a. <i>Kung oo, nagpatingin ba kayo sa doktor sa kasalukuyan para sa pagbubuntis na ito?</i> | OO | HINDI |
| 10. Nagpatingin ba kayo sa doktor para sa isang matagalang medikal na kondisyon? | OO | HINDI |
| <i>Kung oo, bilugan ang lahat ng naaangkop:</i> | | |
| a. Hika / Mga Problema sa baga | b. Mga Problema sa Pusong | c. Diyabetis |
| d. HIV o AIDS | e. Sakit sa Bato | f. Mga Pangingsay ng katawan |
| g. Iba pa _____ | | |

Ang mga sagot na ito ay ipadadala sa Partnership. Kung iniisip ninyong kailangan ninyong magpatingin sa isang doktor bago kayo kontakin ng Partnership, dapat kayong pumunta sa doktor o ospital sa panahong iyon.

Pakitandaan, kung lumipat kayo sa ibang planong pangkalusugan at makatanggap kami ng kahilingan, ibabahagi ng Partnership ang form ng impormasyon ng kalusugan na ito sa inyong bagong plano.

Lagda ng Tao na

Sumasagot sa Form: _____ Petsa ng Paglagda: _____

Kung hindi nilagdaan ng benepisyaryo, sabihin ang relasyon: Magulang/ Tagapag-alaga Iba pang/ Kinatawan

KOMPIDENSIYAL