



# Partnership HealthPlan of California

## Form ng Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan

### Mga Nakakatanda at Taong May Mga Kapansanan (Seniors and Persons with Disabilities, SPD)

Ang form na ito ay makakatulong sa Partnership HealthPlan of California na malaman ang tungkol sa iyong mga pangangailangan sa kalusugan at kapakanan at makahanap ng mga paraan para makatulong kami sa iyo. Maglaan ng ilang minuto para masagutan ang form na ito at ibalik ito sa lalong madaling panahon.

Kung sa tingin mo ay kailangan mong magpatingin sa isang doktor bago ka tawagan ng Partnership, dapat kang pumunta sa doktor o ospital sa oras na iyon.

Kung mayroon kang mga tanong, tumawag sa Partnership sa **(800) 809-1350**, Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8 a.m. – 5 p.m. Dapat i-dial ng mga gumagamit ng TTY ang **(800) 735-2929**.

**Pakibalik ang iyong nasagutang form sa berdeng sobre.**

Partnership HealthPlan of California  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534

---

*Boluntaryo ang pagsagot sa form na ito.*

*Hindi namin tatanggihan ang iyong pangangalaga dahil sa paraan ng pagsagot mo.*

**Pangalan ng Miyembro ng Partnership:** \_\_\_\_\_

**Petsa ng Kapanganakan:** \_\_\_\_\_

**ID Number sa Medi-Cal:** \_\_\_\_\_

1. Anong wika ang gusto mo?  
 Ingles     Spanish     Russian     Mandarin     Tagalog     Iba pa
2. Ano ang iyong kasarian sa kapanganakan?  
 Lalaki     Babae     Iba pa
3. Ano ang gusto mong itawag sa iyo?  
 Siya/Niya/Kanya     Siya/Niya/Kanya     Sila/Nila/Kanila     Iba pa

4. Nahihirapan ka bang makipag-ugnayan dahil sa mga problema sa pandinig, paningin, o pagsasalita?  Oo  Hindi
- Kung oo, kailangan mo ba ng mga espesyal na materyal/kagamitan?  Oo  Hindi
5. Mayroon ka bang regular na doktor?  Mayroon  Wala
6. Nagpapatingin ka ba sa isang Espesyalista (doktor na may espesyalisasyon sa mga problema sa kalusugan, tulad sa puso, bato, cancer, o iba pang problema sa kalusugan)?  Oo  Hindi
7. Sa pakiramdam mo, nauunawaan ba ng (mga) doktor mo ang iyong mga medikal na pangangailangan?  Oo  Hindi
8. Kailangan mo bang magpatingin sa isang doktor sa loob ng susunod na 60 araw?  Oo  Hindi
- Kung oo, napaiskedyul mo na ba ang appointment?*  Oo  Hindi
9. Kumukuha ka ba ng mga serbisyo o pangangalaga mula sa isang Center na Panrehiyon na nag-aalaga ng mga taong may mga kapansanan sa paglaki?  Oo  Hindi
10. Buntis ka ba?  Oo  Hindi
11. Dinala ka ba sa emergency room nang 2 o higit pang beses sa nakalipas na 12 buwan?  Oo  Hindi
12. Na-admit ka ba sa ospital sa nakalipas na 12 buwan?  Oo  Hindi
13. Gumagamit ka ba ng medikal na kagamitan o mga supply gaya ng hospital bed, wheelchair, walker, o mga ostomy bag?  Oo  Hindi
- Kung oo, kailangan mo ba ng tulong sa pagkuha ng higit pang supply?*  Oo  Hindi
14. Naninigarilyo ka ba o gumagamit ng mga produkto ng tabako?  Oo  Hindi
- Kung oo, gusto mo ba ng tulong sa pagtigil?*  Oo  Hindi
15. Gumagamit ka ba ng oxygen sa bahay?  Oo  Hindi

16. Ilang inireresetang gamot ang iniinom mo bawat araw?  
1 2 3 4 5 6 7 8 o higit pa
17. Nasabihan ka na bang mayroon ka ng alinman sa mga problema sa kalusugang ito?  
 (lagyan ng check ang oo o hindi para sa bawat isa sa mga problema sa ibaba)  
 Kundisyong kabilang sa California Children's Services (CCS)
- |                           |                             |                                |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Hika/Mga problema sa baga | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga problema sa puso      | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| HIV o AIDS                | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Sakit sa Bato             | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga seizure               | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Cancer                    | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
- Kundisyong kabilang sa Medical Therapy Program o Unit (MTP/MTU)
- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
- Kung oo ang sagot sa alinman, nagpapatingin ka ba sa doktor o espesyalista para sa alinman sa mga problemang ito?*
- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
- Kung oo ang sagot sa alinman, nagkaroon ka na ba ng anumang operasyon para sa mga problemang ito?*
- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
- Kailangan mo ba ng tulong sa paghahanap ng doktor para matulungan ka sa mga problemang ito?
- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
18. Nasabihan ka na bang mayroon kang problema sa kalusugan ng pag-iisip o pag-uugali gaya ng depresyon, bipolar disorder, o schizophrenia?
- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
- Kung oo, kailangan mo ba ng tulong sa paghahanap ng doktor para matulungan ka sa problema sa kalusugan ng pag-iisip o pag-uugali?
- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
19. Gusto mo ba ng impormasyon tungkol sa kung paano mapapaganda ang iyong kalusugan o manatiling malusog?
- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
20. Kailangan mo ba ng tulong sa alinman sa mga pagkilos na ito? (**Oo** o **Hindi** sa bawat indibidwal na pagkilos, piliin ang **N/A** kung hindi mo pa ito kailanman nagagawa)
- |  |                             |                                |                              |
|--|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Paliligo o paghihilamos                                    | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pag-akyat sa hagdanan                                      | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagkain  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagsusuot ng damit   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagsesepilyo ng mga ngipin, pagsusuklay ng buhok, pag-ahit | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paggawa ng makakain o pagluluto                            | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |

- |  |                             |                                |                              |
|--|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Pagtayo mula sa kama o upuan   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pamimili at pagkuha ng pagkain   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paggamit ng banyo  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagpunta sa banyo sa tamang oras/nang walang “aksidente”                                   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paglalakad   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paghuugas ng mga plato o paglalaba ng mga damit  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagsulat ng mga tseke o pagsubaybay sa pera  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagkuha ng masasakyan papunta sa doktor o para makipagkita sa mga kaibigan mo              | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paggawa ng mga gawain sa bahay o bakuran   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paglabas para bumisita sa kapamilya o mga kaibigan   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paggamit ng telepono   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagsubaybay ng mga appointment   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| <b>Kung oo, nakukuha mo ba ang lahat ng tulong na kailangan mo sa mga pagkilos na ito?</b> | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |

21. Kaya mo bang tumira nang ligtas at gumalaw nang walang hirap sa palibot ng iyong bahay?  Oo  Hindi  N/A

*Kung hindi*, ang lugar bang tinitirahan mo ay mayroong:  
(Oo, Hindi, o N/A sa bawat indibidwal na item)

- |  |                             |                                |                              |
|--|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Maayos na ilaw   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Maayos na heater   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Maayos na cooler   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Mga barandilya para sa anumang hagdanan o rampa                    | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Mainit na tubig  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | N/A                          |
| Indoor na banyo  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pintuan sa labas na maikakandado                                   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Hagdanan para makapasok sa bahay mo o hagdanan sa loob ng bahay mo | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Elevator   | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |

Espasyo para makagamit ng wheelchair Oo Hindi N/A

Mga daanang walang harang para makalabas sa bahay mo  
Oo Hindi N/A

22. Gusto kitang tanungin tungkol sa iyong opinyon kung paano mo pinapamahalaan ang mga kundisyon ng kalusugan mo Kailangan mo ba ng tulong sa pag-inom ng iyong mga gamot?

Oo Hindi N/A

Kailangan mo ba ng tulong sa pagsagot ng mga form para sa kalusugan?

Oo Hindi N/A

Kailangan mo ba ng tulong sa pagsagot ng mga tanong habang bumibisita sa isang doktor?

Oo Hindi N/A

23. Alin sa mga sumusunod na sagot ang pinakamahusay na naglalarawan sa nararamdaman mo sa iyong mga medikal na pangangailangan? (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

Kung minsan, nakakalimutan ko kung ano ang dapat kong gawin para sa aking kalusugan

Hindi ko kayang bilhin ang lahat ng gamit na kailangan ko para alagaan ang sarili ko

Kung minsan, mahirap basahin o maunawaan ang mga direksyon

Nalilito ako tungkol sa kung ano talaga ang kailangan kong gawin para sa aking kalusugan

Sa tingin ko, hindi kinakailangang gawin sa lahat ng oras ang mga sinasabi ng aking doktor

Hindi ko nauunawaan ang aking mga medikal na pangangailangan

Nagtitiwala ako na alam ko kung paano papangasiwaan kung ano ang kailangan ko

24. Mayroon ka bang mga kapamilya o ibang tao na nakahanda at makakatulong sa iyo kapag kailangan mo ito?

Mayroon Wala N/A

25. Naisip mo na bang nahihirapan ang iyong caregiver sa pagbibigay sa iyo ng lahat ng tulong na kailangan mo?

Oo Hindi N/A

26. May kinakatakutan ka ba o may nanakit ba sa iyo na kahit na sino?

Mayroon Wala N/A

27. May gumagamit ba ng pera mo nang hindi ka pumapayag? Oo Hindi N/A
28. Nakaranas ka ba ng anumang pagbabago sa pag-iisip, pag-alaala, o pagpapasya? Oo Hindi N/A
29. Natumba o nahulog ka ba sa nakalipas na buwan? Oo Hindi N/A  
Takot ka bang matumba o mahulog? Oo Hindi N/A
30. Kung minsan, nauubusan ka ba ng perang pambayad sa pagkain, renta, mga bill, at gamot? Oo Hindi N/A
31. Sa nakalipas na buwan (30 araw), ilang araw kang nakaramdam ng kalungkutan?  
Wala – Hindi ako kailanman nakaramdam ng kalungkutan  
Wala pang 5 araw  
Higit sa kalahati ng mga araw (higit sa 15)  
Halos lahat ng araw – Palagi akong nakakaramdam ng kalungkutan
32. Sa pangkalahatan, masasabi mo bang ang iyong kalusugan ay  
Lubos na Malusog Napakalusog Malusog  
Medyo Malusog Hindi Malusog

Lagda ng Taong

Sumagot sa Form: \_\_\_\_\_

Petsa ng Paglagda: \_\_\_\_\_

*Kung hindi nilagdaan ng miyembro, ano ang kaugnayan mo sa miyembro:*  
Magulang/ Tagapangalaga/ Ibang Kinatawan

***Salamat sa iyong oras sa pagsagot sa form na ito.***

**KUMPIDENSYAL**