

## CalOptima Health Danh Sách Kiểm Tra Sức Khỏe Người Lớn



### Những Điều Cần Biết Trước Buổi Khám Sức Khỏe Tổng Quát Hàng Năm của Quý Vị

Quý vị có biết rằng quý vị có thể giảm nguy cơ mắc bệnh mãn tính và cải thiện phẩm chất cuộc sống của mình không? Hãy đóng vai trò tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe của quý vị bằng cách đặt hẹn Khám Sức Khỏe Tổng Quát Hàng Năm ngay hôm nay!

Dưới đây là danh sách các xét nghiệm và khám tầm soát sức khỏe phổ biến mà bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu. Xem lại danh sách và hỏi bác sĩ của quý vị xem những xét nghiệm và khám tầm soát này có phù hợp với quý vị không.

| Khám Sức Khỏe Tổng Quát Hàng Năm                                                                                                                                                                                                     | Quý vị đã thực hiện?<br>(đánh dấu vào ô) | Khi nào tôi cần thực hiện việc này? (ngày) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Khám và xem xét thể chất:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chiều cao và cân nặng</li> <li>Chỉ số khối cơ thể</li> <li>Huyết áp</li> <li>Tiền sử sức khỏe</li> <li>Danh sách thuốc</li> <li>Bản chỉ thị trước</li> </ul> | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Chích ngừa (tiêm chủng):                                                                                                                                                                                                             | Quý vị đã thực hiện?<br>(đánh dấu vào ô) | Khi nào tôi cần chích ngừa này? (ngày)     |
| Bệnh cúm (cúm)                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| COVID-19                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Phế cầu khuẩn                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Uốn ván, bạch hầu, ho gà (Tdap)                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Bệnh zona (giời leo)                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Những loại vắc-xin khác (Hãy hỏi bác sĩ liệu quý vị có thể cần những mũi chích ngừa nào khác)                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                 |                                            |

**Minh định:** Thông tin chỉ nhằm mục đích hướng dẫn và không thay thế lời khuyên y tế chuyên môn. Nếu quý vị có thắc mắc, xin vui lòng liên lạc với bác sĩ của quý vị. **Quý vị không cần gửi lại danh sách kiểm tra này cho CalOptima Health. Xin giữ danh sách này trong hồ sơ của quý vị.**

| Khám tầm soát để giúp bác sĩ theo dõi sức khỏe của quý vị:                                                              | Quý vị đã thực hiện?<br>(đánh dấu vào ô) | Khi nào tôi cần thực hiện việc này? (ngày) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Ung thư cổ tử cung (Thử nghiệm phết mỏng tìm tế bào ung thư cổ tử cung) cho người lớn từ 21 đến 65 tuổi có cổ tử cung   | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Ung thư vú (chụp quang tuyến vú) cho phụ nữ từ 50 đến 74 tuổi (Phụ nữ dưới 50 tuổi: xin trao đổi với bác sĩ của quý vị) | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Ung thư đại tràng cho người lớn từ 45 đến 75 tuổi                                                                       | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Ung thư phổi ở người lớn từ 50 đến 80 tuổi có tiền sử hút thuốc lá nhiều                                                | <input type="checkbox"/>                 |                                            |

  

| Nếu quý vị bị bệnh tiểu đường, hãy hỏi bác sĩ của quý vị về các xét nghiệm sau: | Quý vị đã thực hiện?<br>(đánh dấu vào ô) | Khi nào tôi cần thực hiện việc này? (ngày) |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Huyết cầu tố A1C (HbA1C)                                                        | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Võng mạc (để phát hiện các vấn đề liên quan đến bệnh tiểu đường)                | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Nước tiểu (để xem xét protein)                                                  | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Mỡ trong máu (cholesterol) lipoprotein mật độ thấp (LDL)                        | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Bàn chân (để phát hiện các vấn đề liên quan đến bệnh tiểu đường)                | <input type="checkbox"/>                 |                                            |

  

| Bác sĩ của quý vị có thể đề nghị thực hiện những lần khám sàng lọc và xét nghiệm sau đây:                                                       | Quý vị đã thực hiện?<br>(đánh dấu vào ô) | Khi nào tôi cần thực hiện việc này? (ngày) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Cholesterol                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Nha khoa                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Loãng xương                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Thính giác                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Khám mắt định kỳ                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Đo lượng đường trong máu khi đói                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm cụ thể cho tình trạng sức khỏe của quý vị (Hãy hỏi bác sĩ của quý vị xem quý vị cần những xét nghiệm nào) | <input type="checkbox"/>                 |                                            |
| Các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (Sexually transmitted infection, STI)                                                                  | <input type="checkbox"/>                 |                                            |

Để biết thêm thông tin, xin gọi văn phòng Dịch Vụ của CalOptima Health theo số miễn phí **1-888-587-8088 (TTY 711)**, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **[www.caloptima.org/healthandwellness](http://www.caloptima.org/healthandwellness)**.

