

خطة OneCare

تقييم المخاطر الصحية

تريد OneCare (HMO D-SNP) ، خطة Medicare Medi-Cal ، أن توفر لك إمكانية الوصول إلى رعاية صحية جيدة تلبي احتياجاتك الصحية. ستساعدنا إجاباتك على أسئلة الاستبيان هذا في خدمتك بشكل أفضل. سنحافظ على خصوصية معلوماتك ، و ربما نشارك إجاباتك مع مزود رعايتك الأولية (PCP) وأولئك الذين يعالجونك أو يساعدونك في تلبية احتياجاتك الصحية. لن يؤثر ملء هذا الاستطلاع على وصولك إلى خدمات الرعاية الصحية.

يمكن لعضو فريق OneCare أن يطرح عليك هذه الأسئلة عبر الهاتف أو من خلال مكالمة فيديو أو شخصيًا. لطلب المساعدة في ملء هذا الاستبيان ، اتصل بخدمة عملاء OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 (TTY 711). لدينا طاقم عمل يتحدث لغتك. يرجى الاتصال بهذا الرقم إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا الاستبيان.

إذا لم تكن بحاجة إلى مساعدة في هذا الاستبيان ، فيرجى تعبئته وإرساله إلينا بالبريد في أقرب وقت يمكنك باستخدام الظرف المدفوع الإيجور المرفق.

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الشبكة الصحية:
رقم تعريف (CIN) CalOptima:	الهاتف (المنزل):	الهاتف (المحمول):
العنوان:	البريد الإلكتروني:	
الطول:	الوزن:	تاريخ اليوم:
تاريخ الميلاد:	الجنس:	

التعليمات:

- يرجى قراءة كل سؤال ووضع علامة على المربع مثل هذه لإجاباتك: ☒
- تطلب منك بعض الأسئلة كتابة إجابة على السطر. الرجاء كتابة إجاباتك على السطر بجوار السؤال.

شكراً لك!

1. هل ساعدك شخص ما في ملء هذا الاستبيان؟

- ☐ نعم ، مقدم الرعاية الخاص بي ☐ نعم ، الوصي القانوني ☐ نعم ، العائلة أو الصديق
☐ لا ، لقد أكملت الاستبيان بنفسني
☐ غير ذلك (يرجى التوضيح): _____

a. إذا كانت الإجابة نعم ، فلماذا تحتاج إلى مساعدة؟

- ☐ لا تستطيع الرؤية جيداً ☐ لا تقرأ جيداً ☐ لا تفهم بعض الأسئلة
☐ غير ذلك (يرجى التوضيح): _____

2. ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها؟

- ☐ الإنجليزية ☐ الأسبانية ☐ الفيتنامية ☐ العربية ☐ الكورية
☐ الفارسية ☐ الكانتونية ☐ الماندرين ☐ غير ذلك: _____

الصحة السابقة والحالية

3. بشكل عام ، هل تقول بأن صحتك:

- ☐ جيدة جداً ☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة

4. متى كانت آخر مرة رأيت فيها مزود الرعاية الأولية (PCP) أو طبيبك؟

- ☐ أقل من 6 أشهر ☐ منذ 6 إلى 12 شهراً ☐ منذ أكثر من 1 عام مضى ☐ أبداً

5. ما هي الحالات الصحية المستمرة لديك؟ (ضع علامة X في المربع بجوار الحالات المتواجدة لديك.)

- ☐ الزهايمر أو الخرف ☐ التهاب الكبد C
☐ السكتة الدماغية ☐ ارتفاع ضغط الدم
☐ مرض باركنسون ☐ فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز
☐ التوتر ☐ أمراض الكلى
☐ اضطراب ثنائي القطب ☐ تخضع لغسيل الكلى؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ الاكتئاب

☐ مشاكل في الكبد

☐ انفصام في الشخصية

☐ التصلب المتعدد

☐ مرض السكري

☐ السرطان: في مرحلة العلاج الفعال

☐ الصرع أو اضطراب النوبات

☐ زرع أعضاء

☐ قصور القلب

☐ غير ذلك _____

6. هل كان لديك أي تغييرات في التفكير أو التذكر أو اتخاذ القرارات؟

☐ نعم ☐ لا

7. "أود أن أسألك عن الطريقة التي تعتقد أنك تدير بها حالتك الصحية"

☐ نعم ☐ لا

a. هل تحتاج إلى مساعدة في تناول دوائك؟

☐ نعم ☐ لا

b. هل تحتاج إلى مساعدة في ملء الاستمارات الصحية؟

☐ نعم ☐ لا

c. هل تحتاج إلى مساعدة في الإجابة على الأسئلة أثناء زيارة الطبيب؟

8. في الأشهر الستة الماضية ، كم مرة ذهبت إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى؟

☐ صفر ☐ مرة واحدة ☐ مرتين أو أكثر

9. في الاثني عشر شهرًا الماضية ، كم مرة مكثت في المستشفى طوال الليل؟

☐ صفر ☐ مرة واحدة ☐ مرتين أو أكثر

10. ما هو مصدر قلقك الصحي الرئيسي؟ _____

ترتيب المعيشة والإداء اليومي

11. ما هو ترتيب معيشتك الحالي؟

☐ تعاني من التشرد

☐ تسكن بمفردك

☐ فندق صغير

☐ تسكن مع العائلة أو الأصدقاء أو الشريك

☐ غير ذلك (أذكر):

☐ تسكن مع مقدم رعاية مدفوع الأجر

☐ مجلس و مرفق رعاية

12. فكر في المكان الذي تعيش فيه. هل لديك مشاكل مع أي مما يلي؟

☐ الآفات مثل الحشرات أو النمل أو الفئران

☐ العفن

☐ رصاص في الطلاء أو الأنابيب

☐ نقص التدفئة

☐ الفرن أو الطباخ لا يعمل

☐ أجهزة كشف الدخان مفقودة أو لا تعمل

☐ تسربات المياه

☐ لا شيء مما سبق

13. هل يمكنك العيش بأمان في منزلك والتنقل بسهولة حوله؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "لا" ، فهل يوجد في المكان الذي تعيش فيه:

a. إضاءة جيدة ☐ نعم ☐ لا

b. تدفئة جيدة ☐ نعم ☐ لا

c. تبريد جيد ☐ نعم ☐ لا

d. حواجز لأي سلالم أو منحدرات ☐ نعم ☐ لا

e. ماء ساخن ☐ نعم ☐ لا

f. مرحاض داخلي ☐ نعم ☐ لا

g. باب إلى الخارج يقفل ☐ نعم ☐ لا

h. سلالم للوصول إلى منزلك أو سلالم داخل منزلك ☐ نعم ☐ لا

i. مصعد ☐ نعم ☐ لا

j. مساحة لاستخدام كرسي متحرك ☐ نعم ☐ لا

k. طرق واضحة للخروج من منزلك ☐ نعم ☐ لا

14. هل تعرضت للسقوط في الشهر الماضي؟ ☐ نعم ☐ لا

a. هل انت خائف من السقوط؟ ☐ نعم ☐ لا

15. هل تحتاج إلى مساعدة في أي من هذه الأنشطة؟

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| ☐ لا | ☐ نعم | a. غسل جسمك أو الاستحمام |
| ☐ لا | ☐ نعم | b. صعود الدرج |
| ☐ لا | ☐ نعم | c. الأكل |
| ☐ لا | ☐ نعم | d. ارتداء الملابس |
| ☐ لا | ☐ نعم | e. تفريش الأسنان، تفريش الشعر، الحلاقة |
| ☐ لا | ☐ نعم | f. تحضير وجبات الطعام أو الطبخ |
| ☐ لا | ☐ نعم | g. الخروج من السرير أو الكرسي |
| ☐ لا | ☐ نعم | h. التسوق والحصول على الطعام |
| ☐ لا | ☐ نعم | i. استخدام المراض |
| ☐ لا | ☐ نعم | j. المشي |
| ☐ لا | ☐ نعم | k. غسل الأطباق أو الملابس |
| ☐ لا | ☐ نعم | l. كتابة الشيكات أو تتبع الأموال |
| ☐ لا | ☐ نعم | m. الحصول على توصيلة إلى الطبيب أو لرؤية أصدقائك |
| ☐ لا | ☐ نعم | n. القيام بأعمال المنزل أو الفناء |
| ☐ لا | ☐ نعم | o. الخروج لزيارة العائلة أو الأصدقاء |
| ☐ لا | ☐ نعم | p. استخدام الهاتف |
| ☐ لا | ☐ نعم | q. تتبع المواعيد |

إذا كانت الإجابة نعم ، فهل تحصل على كل المساعدة التي تحتاجها في هذه الأنشطة؟ ☐ نعم ☐ لا

16. هل لديك أفراد من العائلة أو آخرون مستعدون وقادرون على مساعدتك عندما تحتاج إلى المساعدة؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم ، اسم مقدم الرعاية والعلاقة

17. هل تعتقد أن مقدم الرعاية الخاص بك يواجه صعوبة في إعطائك كل المساعدة التي تحتاجها؟
☐ نعم ☐ لا

a. إذا كانت الإجابة نعم ، فما هو الدعم الذي تعتقد أن مقدم الرعاية يحتاجه؟

السلامة العقلية

18. في الأسبوعين الماضيين ، هل كان لديك القليل من الاهتمام أو المتعة في القيام بالأشياء؟
☐ إطلاقاً ☐ عدة أيام ☐ أكثر من نصف الأيام ☐ كل يوم تقريباً

19. في الأسبوعين الماضيين ، هل شعرت بالإحباط أو الحزن أو اليأس؟
☐ إطلاقاً ☐ عدة أيام ☐ أكثر من نصف الأيام ☐ كل يوم تقريباً

20. على مدار الشهر الماضي (30 يوماً) ، كم يوماً شعرت بالوحدة؟
☐ صفر — لا أشعر بالوحدة أبداً ☐ أقل من 5 أيام
☐ أكثر من نصف الأيام (أكثر من 15) ☐ معظم الأيام — أشعر دائماً بالوحدة

21. هل تخاف من أحد أو هل يؤذيك أحد؟ ☐ نعم ☐ لا

a. هل يستخدم أحد أموالك دون موافقتك؟ ☐ نعم ☐ لا

الخدمات المتلقاة

22. هل ينفد منك أحياناً المال لدفع ثمن الطعام والإيجار والفواتير والأدوية؟
☐ نعم ☐ لا

a. إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح؟

23. خلال الاثني عشر شهراً الماضية ، لم يدم الطعام الذي اشتريته ولم يكن لديك المال للحصول على المزيد.
☐ غالباً ما يكون صحيحاً ☐ أحياناً صحيح ☐ غير صحيح أبداً

24. في الاثني عشر شهرًا الماضية ، هل منعك الافتقار إلى وسائل النقل الموثوق بها من المواعيد الطبية أو الاجتماعات أو العمل أو الحصول على الأشياء التي تحتاجها للحياة اليومية؟
☐ نعم ☐ لا

25. هل تصل حالياً اي خدمات Medi-Cal؟

☐ مساعدة النقل ☐ المساعدة في دفع فواتير الخدمات (CARE/FERA)

☐ خدمات العيادات الخارجية الخاصة
بالكحول أو المخدرات في المقاطعة ☐ خدمات الدعم داخل المنزل (IHSS)

☐ الصحة النفسية في المقاطعة ☐ المركز الإقليمي لمقاطعة أورانج (RCOC)

☐ برامج المساعدة الغذائية
(Meals on Wheels, CalFresh, food banks) ☐ خدمات الإسكان

☐ طب الأسنان ☐ مورد مجتمعي آخر:

26. هل أنت مهتم بالحصول على أي معلومات حول الموارد المذكورة أعلاه؟ ☐ نعم ☐ لا

التاريخ الاجتماعي

27. هل تدخن أو تستخدم الفيب أو التبغ؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم ، هل تريد المساعدة في الإقلاع عن التدخين؟ ☐ نعم ☐ لا

28. كم مرة تتناول مشروباً يحتوي على كحول؟

☐ أبداً ☐ مرة واحدة أو أقل في الشهر ☐ 2-4 مرات في الشهر

☐ 2-3 مرات في الأسبوع ☐ 4 مرات أو أكثر في الأسبوع

29. كم عدد المشروبات (التي تحتوي على كحول) التي تتناولها في يوم عادي عندما تشرب؟
☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5 أو أكثر

هل تريد التحدث إلى شخص ما حول الموارد المتاحة للتقليل أو الإقلاع عن استخدام الكحول؟
☐ نعم ☐ لا

تخطيط الرعاية الصحية

30. هل لديك شخص يقوم باتخاذ خيارات الرعاية الصحية وخيارات أخرى لك؟
☐ لا ، يمكنني اتخاذ خياراتي بنفسني

☐ نعم ، لدي صديق أو أحد أفراد العائلة الاسم والعلاقة

☐ نعم ، لدي اسم وصي قانوني الاسم والعلاقة

31. هل لديك توجيهات مسبقة للرعاية الصحية؟ (هذه وثيقة تخبر الأطباء والمستشفيات بما يجب عليهم فعله في حالة عدم قدرتك على التحدث عن نفسك)
☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم ، فمن أي نوع؟

☐ وصية حية ☐ توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية

☐ وكالة رعاية صحية ☐ أوامر الطبيب بالعلاج الذي يحافظ على الحياة (POLST)

إذا كانت الإجابة "لا" ، هل ترغب في التحدث إلى شخص ما بشأن الحصول على التوجيهات المسبقة ؟
☐ نعم ☐ لا

32. ما هي أهدافك من أجل صحتك؟

شكرا لك على الإجابة على هذه الأسئلة. ستساعدنا إجاباتك على أسئلة الاستبيان هذا في خدمتك بشكل أفضل.

Medicare Advantage ، هي إحدى مؤسسات Medicare Medi-Cal ، خطة OneCare (HMO D-SNP) ذات عقد مع Medicare. يعتمد التسجيل في OneCare على تجديد العقد. تلتزم OneCare بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء OneCare على الرقم المجاني

1-877-412-2734 (TTY 711), على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. تفضل بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare

مرفق:

- إشعار عدم التمييز