

OneCare 플랜

건강 위험 평가

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 귀하의 건강 필요를 충족하는 우수한 의료 서비스를 귀하에게 제공하고자 합니다. 본 설문 조사 질문의 답변은 저희가 귀하에게 더 나은 서비스를 제공하는 데 도움이 될 것입니다. 저희는 귀하의 정보를 비공개로 유지하고 귀하의 답변을 주치의(PCP) 및 귀하를 치료하거나 건강상의 필요를 충족하도록 돕는 사람들과만 공유할 것입니다. 이 설문 조사를 작성해도 건강 관리 서비스 사용에 영향을 미치지 않습니다.

OneCare 팀원이 전화, 화상 통화 또는 직접 방문하여 이러한 질문을 할 수 있습니다. 이 설문 조사를 작성하는 데 도움을 요청하려면 OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 전화하십시오. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다. 이 설문 조사를 완료하는 데 도움이 필요하면 이 번호로 전화하십시오.

이 설문 조사에 도움이 필요없으시면, 동봉된 우편 요금 지불 봉투를 사용하여 최대한 빨리 작성하여 보내주십시오.

성:	이름:	건강 네트워크:
CalOptima ID 번호 (CIN):	전화번호(집):	전화번호(셀):
주소:		이메일:
키:	체중:	오늘 날짜:
생년월일:		성별

지침:

- a. 각 질문을 읽고 다음과 같이 귀하의 답을 박스에 표시하십시오: ☒
- b. 일부의 질문은 선에 답변을 작성하도록 요청합니다. 질문 옆 선에 답을 적어주십시오.

감사합니다!

1. 누군가가 이 설문조사를 작성하는 데 도움을 주었습니까?

- ☐ 예, 나의 감병인 ☐ 예, 나의 법적 보호자 ☐ 예, 가족 또는 지인
- ☐ 아니오, 내가 직접 완료했습니다
- ☐ 기타 (설명하십시오): _____

a. 예라면, 도움이 필요한 이유가 무엇입니까?

- ☐ 잘 보이지 않음 ☐ 잘 읽지 못함 ☐ 다소의 질문을 이해 못함
- ☐ 기타 (설명하십시오): _____

2. 어떤 언어를 선호 사용하십니까?

- ☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 월남어 ☐ 아랍어 ☐ 한국어
- ☐ 페르시아어 ☐ 광둥어 ☐ 북경어 ☐ 기타: _____

과거 및 현재 건강

3. 일반적으로 귀하의 건강 상태는 다음과 같습니다:

- ☐ 매우 좋음 ☐ 좋음 ☐ 양호함 ☐ 좋지 않음

4. 주치의(PCP) 또는 의사를 마지막으로 만난 것이 언제입니까?

- ☐ 6 개월 이하 ☐ 6 - 12 개월 전 ☐ 1 년 이상 ☐ 전혀 만나지 않았음

5. 현재 진행 중인 건강 증상이 있으십니까? (가지고 계신 건강 문제 옆에 X 표시.)

- ☐ 알츠하이머 또는 치매 ☐ C 형 간염

☐ 뇌졸중

☐ 고혈압

☐ 파킨슨스

☐ HIV 또는 AIDS

☐ 불안증

☐ 신장병

☐ 양극성 장애

투석 중이신가요? ☐ 예 ☐ 아니오

☐ 우울증

☐ 간 문제

☐ 정신 분열증

☐ 다발성 경화증

☐ 당뇨병

☐ 암: 활성 치료

☐ 간질 또는 발작 장애

☐ 장기 이식

☐ 심장마비

☐ 기타 _____

6. 생각 기억 또는 결정을 하는데 변화가 있었습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

7. “귀하의 건강 상태를 어떻게 관리하고 있다고 생각하는지 묻고 싶습니다.”

a. 약을 복용하는 데 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

b. 건강 양식을 작성하는 데 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

c. 의사와 진료를 하는 동안 질문에 답하는 데 도움이 필요하십니까? ☐ 예

☐ 아니오

8. 지난 6 개월 동안 병원 응급실에 몇 번이나 가셨습니까?

☐ 전혀

☐ 한번

☐ 두번 이상

9. 지난 12 개월 동안 몇 번이나 병원에 입원하여 밤을 지내셨습니까?

☐ 전혀

☐ 한번

☐ 두번 이상

10. 귀하의 주요 건강 관심사는 무엇입니까?

거주 상황 및 일상 기능

11. 현재 거주 상황은 어떻습니까?

☐ 혼자 생활

☐ 노숙자 상태

☐ 가족, 지인 또는 파트너와 생활

☐ 모텔

☐ 유급 간병인과 함께 생활

☐ 기타 (설명):

☐ 거주 및 관리 시설

12. 살고 있는 곳을 생각해 보십시오. 다음 중 하나에 문제가 있습니까?

☐ 벌레, 개미, 생쥐 등의 해충

☐ 곰팡이

☐ 납 페인트 또는 파이프

☐ 난방 부족

☐ 오븐 또는 스토브가 작동하지 않음

☐ 연기 감지기가 없거나 작동하지 않음

☐ 물이 새다

☐ 해당사항 없음

13. 집에서 안전하게 살 수 있고 집 주변을 쉽게 이동할 수 있습니까? ☐예

☐아니오

아니오라면 귀하가 거주하는 장소에 다음이 있습니까?

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
| a. 좋은 조명 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| b. 좋은 난방 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| c. 좋은 냉방 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| d. 모든 계단 또는 경사로용 레일 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| e. 온수 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| f. 실내 화장실 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| g. 잠그는 외부로 통하는 문 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| h. 집으로 들어가는 계단 또는 집 안의 계단 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| i. 엘리베이터 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| j. 휠체어 사용 공간 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| k. 집을 나가는 명확한 방법 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |

14. 지난 한달간 넘어진 적이 있습니까? ☐예 ☐아니오

a. 넘어질 위험에 두려우십니까? ☐예 ☐아니오

15. 다음 행동에 도움이 필요하십니까?

- | | | |
|--------------------|----------------------------|------------------------------|
| a. 목욕 또는 샤워 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| b. 층계 오르기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| c. 식사하기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| d. 옷입기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| e. 이 딱기, 머리 빗기, 면도 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| f. 음식 만들기 또는 요리하기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| g. 침대 또는 의자에서 일어나기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| h. 장보기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| i. 화장실 사용하기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| j. 걷기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|------------------------------|
| k. 설거지 또는 빨래 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| l. 수표 쓰기 또는 가계부 정리 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| m. 검진 또는 친구와 만나기 위한 교통편 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| n. 집안일 또는 정원일 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| o. 가족 또는 친구 방문을 위한 외출 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| p. 전화 사용하기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |
| q. 예약 또는 약속 기억하기 | ☐ 예 | ☐ 아니오 |

예라면, 이런 행동에 필요한 모든 도움을 받고 있습니까? ☐예

☐아니오

16. 필요할 때 도와줄 수 있는 가족이나 다른 사람이 있습니까?

☐예 ☐아니오

예라면, 간병인의 이름 및 관계 _____

17. 귀하의 간병인이 귀하에게 필요한 모든 도움을 제공하는 데 어려움을 겪고 있다고 생각한 적이 있습니까?

☐예 ☐아니오

a. 예라면, 간병인에게 어떤 지원이 필요하다고 생각하십니까?

정신 건강

18. 지난 2 주 동안 생활을 하는 데 흥미나 즐거움이 거의 없었습니까?

☐전혀 ☐며칠동안 ☐반 이상 ☐거의 매일

19. 지난 2 주 동안 기분이 우울하거나 슬프거나 절망적이었습니까?

☐전혀 ☐며칠동안 ☐반 이상 ☐거의 매일

20. 지난 달 동안 30 일 동안 외로움을 느낀 날은 며칠입니까?

☐없음 — 전혀 외로움을 느끼지 않음 ☐5 일 이하

☐반 이상 (15 일 이상)

☐거의 매일 — 항상 외로움을 느낌

21. 귀하는 누군가를 두려워하거나 누가 귀하를 해치고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

a. 귀하의 허락 없이 귀하의 돈을 사용하는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

받은 서비스들

22. 음식, 집세, 공과금, 약값을 지불할 돈이 부족할 때가 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

a. 예라면, 설명하십시오 _____

23. 지난 12 개월 동안 귀하가 구입한 식품은 충분하지 않았고 더 이상 구입할 돈이 없었습니다. ☐ 종종 ☐ 가끔 ☐ 전혀 그렇지 않음

24. 지난 12 개월 동안 믿을 수 있는 교통 수단이 부족하여 진료 약속, 회의, 직장에 가지 못하거나 일상 생활에 필요한 물건을 구하지 못하셨습니다?

☐ 예 ☐ 아니요

25. 현재 Medi-Cal 서비스를 사용하고 있습니까?

☐교통편 도움

☐공과금 지불 도움 (CARE/FERA)

☐카운티 알콜 또는 마약 외래
환자 서비스

☐In-Home Supportive Services (IHSS, 가정
지원 서비스)

☐카운티 정신 건강

☐Regional Center of Orange County (RCOC,
카운티 지역 센터)

☐음식 보조 프로그램(Meals on
Wheels, CalFresh, food banks)

☐거주지 서비스

☐치과

☐기타 지역사회 자원:

26. 위에 나열된 자원에 대한 정보를 받는 데 관심이 있으십니까? ☐예
☐아니오

사회 기록

27. 흡연, 베이핑(전기 담배) 또는 토바코를 사용하십니까? ☐예 ☐아니오
예라면, 금연하는 데 도움이 필요하십니까? ☐예 ☐아니오

28. 알코올이 함유된 음료를 얼마나 자주 드십니까?
☐ 전혀 ☐ 한달에 1 번 또는 이하 ☐ 한달에 2-4 번
☐ 일주일 2-3 번 ☐ 일주일 4 번 또는 이상

29. 술을 마실 때 보통 하루에 몇 잔(알코올 포함)을 드십니까?
☐ 1-2 잔 ☐ 3 - 4 잔 ☐ 5 잔 이상

알코올 사용을 줄이거나 끊는 데 사용할 수 있는 자원에 대해 누군가와
이야기하고 싶습니까? ☐예 ☐아니오

건강 관리 계획

30. 귀하를 위해 건강 관리 및 기타 선택을 해주는 사람이 있습니까?
☐아니오, 내가 직접 선택합니다
☐예, 친구 또는 가족이 선택해 줍니다 이름 및 관계
-

☐예, 법적 보호자가 있습니다

이름 및 관계

31. 건강 관리를 위한 사전 지시서가 있습니까? (스스로 의사를 표현할 수 없는 경우 의사와 병원에서 어떻게 해야 하는지 알려주는 문서입니다.)

☐ 예 ☐ 아니요

예라면, 어떤 종류입니까?

☐유언장(Living will)

☐건강 관리를 위한 위임장(Durable power of attorney for health care)

☐의료 대리인(Healthcare proxy)

☐연명 치료에 대한 의사 지시(Physician orders for life-sustaining treatment, POLST)

아니오라면, 사전 지시서(**advance directive**)를 받는 것에 대해 상담을 원하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

32. 귀하의 건강을 위한 목표는 무엇입니까?

질문에 답변해 주셔서 감사합니다. 귀하의 답변은 저희가 더 나은 서비스를 제공하는 데 도움이 될 것입니다.

OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. OneCare 에 가입은 계약 갱신 여부에 달렸습니다. OneCare 는 적용 대상이 되는 연방 시민권법들을 준수하며, 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애 혹은 성별을 기준으로 차별하지 않습니다. OneCare 고객 서비스 무료번호 <1-877-412-2734> (TTY <711>) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

동봉:

- 차별대우 금지 공지서