

نموذج تقييم الصحة
السنوي لأعضاء
| METROPLUSHEALTH
أخبرنا عن حالتك الصحية



يُرجى تعبئة النموذج بالكامل وإرساله بالبريد مرة أخرى إلى العنوان التالي:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

الاسم الأول، والاسم الأخير: _____ رقم مُعرِّف العضو: _____

العنوان البريدي: _____

الهاتف: _____ تاريخ الميلاد: _____ الطول: _____ قدم _____ بوصة الوزن: _____ رطل

اللغة المُفضَّلة: الإنجليزية الإسبانية الصينية الكريولية الأردية البنغالية غير ذلك: _____

العرق: أبيض سكان أمريكا الأصليين سكان ألaska الأصليين آسيوي أسود/أمريكي من أصل أفريقي

سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ عرقان أو أكثر غير ذلك: _____ أرفض الإجابة

السلالة: من أصل إسباني أو لاتيني لا إسباني ولا لاتيني أرفض الإجابة

بشكلٍ عام، ستقول إن صحتك: ممتازة جيدة مقبولة سيئة

هل تود أن نتصل بك لمساعدتك بشأن أي مشكلة صحية طارئة؟ نعم لا

هل لديك طبيب تزوره بانتظام؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل نصحك الطبيب بالبدء في أداء بعض النشاط الرياضي أو الجسدي، أو زيادته، أو الاستمرار

عليه؟ (على سبيل المثال، البدء في استخدام الدرج، أو زيادة مدة المشي من 10 إلى 20 دقيقة يوميًا، أو الاستمرار على

برنامج التدريب الرياضي الخالي الخاص بك؟) نعم لا

هل تعاني من أي من الأمراض التالية؟ السكري مشاكل في القلب ضغط الدم المرتفع السرطان

مشكلات في التنفس (الربو أو مرض الانسداد الرئوي المزمن) مشاكل في الذاكرة مشاكل في السمع مشاكل في الإبصار

مشاكل نفسية/عاطفية سلس البول فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مشاكل تناول المخدرات أو الكحول

مشاكل طبية أخرى: _____

كم عدد الأدوية المختلفة التي تتناولها في اليوم؟ لا شيء 8 4-7 1-3 أو أكثر

هل تحتاج إلى المساعدة في أداء أنشطتك الأساسية (مثل ارتداء الملابس أو دخول الحمام أو الأكل أو الجلوس على

كرسي/القيام منه)؟ يمكنني القيام بهذا دون مساعدة أحتاج إلى مساعدة، وأحصل على المساعدة التي أحتاجها

أحتاج إلى مساعدة، ولا أحصل على المساعدة التي أحتاجها

هل تحتاج إلى المساعدة في التنظيف المنزلي، أو تناول الدواء، أو تناول الدواء، أو التسوق، أو إدارة الأموال، أو إعداد الوجبات، أو التنقل؟ يمكنني القيام بهذا دون مساعدة أحتاج إلى مساعدة، وأحصل على المساعدة التي أحتاجها أحتاج إلى مساعدة، ولا أحصل على المساعدة التي أحتاجها

خلال الأشهر الستة الماضية، هل سبق أن اضطررت إلى عدم الحصول على الرعاية الصحية لأنه لا تتوفر لديك طريقة للوصول إليها؟ نعم لا

هل سقطت خلال الأشهر الستة الماضية؟ نعم لا

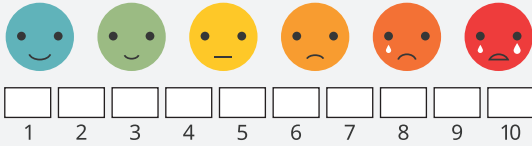
هل يؤذيك أي شخص في حياتك أو يهددك، أو يخيفك، أو يجعلك تشعر بعدم الأمان؟ نعم لا أفضل عدم الإجابة

هل تستخدم أيًا مما يلي:

عكاز مشاية كرسي متحرك سرير مستشفى أكسجين ملابس داخلية واقية/فوط صحية (حفاضات البالغين) غير ذلك:

هل تعاني من ألم متكرر أو مستمر؟

إذا كانت الإجابة "نعم"، فبيّن مستوى الألم هنا:



نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر

تاريخ بداية الألم: _____

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما موقع الألم _____

ما وضعك المعيشي؟

لديّ مكان ثابت أعيش فيه لديّ مكان أعيش فيه اليوم، ولكنني قلق بشأن فقدانه في المستقبل ليس لديّ مكان ثابت للعيش فيه (أقيم مؤقتًا مع آخرين، أو في فندق، أو مأوى، أو أعيش في الشارع، أو على شاطئ، أو في سيارة، أو في مبنى رعاية مهجور، أو في محطة حافلات، أو في محطة قطارات، أو في حديقة، أو غير ذلك)

هل أنت قلق من أن يجعلك المكان الذي تعيش فيه الآن مريضًا؟ (أي: فيه عفن، حشرات/قوارض، تسربات مياه، تدفئة غير كافية، غير ذلك) نعم لا غير ذلك:

هل تتلقّى حاليًا مساعدة عامة (قسائم الغذاء، أو توصيل الوجبات، أو برامج المساعدة في دفع فواتير الطاقة المنزلية (HEAP)، أو تغطية التأمين الدوائي لكبار السن (EPIC)، أو المساعدات الحكومية أو النقدية، ... إلخ)؟ نعم لا لا أعرف

خلال العام الماضي، هل قلقك من نفاذ طعامك قبل حصولك على أموال لشراء المزيد؟ نعم لا أفضل عدم الإجابة

خلال العام الماضي، هل هددتك شركة الكهرباء، أو الغاز، أو الزيت، أو المياه بقطع الخدمة عن منزلك؟ نعم لا لا أعرف

هل تدخن السجائر، أو السجائر الإلكترونية، أو تستخدم التبغ؟ في الوقت الحالي في السابق لم أدخن مطلقًا

هل تناولت مصّل الأنفلونزا الموسمية (حقن الأنفلونزا) هذا العام؟ نعم لا لا أعرف

يُرجى إدراج الأدوية التي تتناولها (أدرج الأدوية الإضافية في الصفحة الإضافية، إن وجدت):

اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:
_____	_____	_____
اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:
_____	_____	_____
اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:
_____	_____	_____
اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:
_____	_____	_____

قائمة الأدوية (متابعة - أدرج الأدوية الإضافية في الصفحة الإضافية، إن وجدت):

اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:
اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:
اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:
اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:

خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة كنت مهتمًا قليلاً أو سعيدًا بفعل الأشياء؟

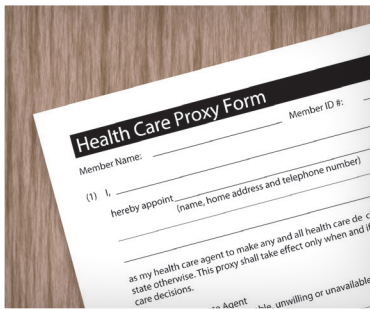
- لا على الإطلاق أكثر من نصف هذه الأيام
- لا على الإطلاق أكثر من نصف هذه الأيام
- لا على الإطلاق أكثر من نصف هذه الأيام
- لا على الإطلاق أكثر من نصف هذه الأيام



- للسيدات بعمر 50 عامًا وأصغر فقط: هل أنت حامل؟ نعم لا لا أعرف
- للنساء اللواتي يتراوح عمرهن بين 50 و74 عامًا فقط: هل أجريت أشعة صورة الثدي (لفحص سرطان الثدي) هذا العام أو في الماضي؟ نعم لا لا أعرف
- للأشخاص الذين يتراوح عمرهم بين 50 و75 عامًا فقط: هل أجريت الاختبارات التالية لفحص سرطان القولون؟
- تَنْظِيرُ القولون (في العشرة أعوام الماضية) تَنْظِيرُ السَّيْنِيَّ (في الخمسة أعوام الماضية)
- اختبار براز للدم (خلال العام الماضي)

هل لديك أيًا مما يلي؟

- توجيه مُسبق/وصية حياة (مستند يفيد بنوع العلاج الطبي الذي تود الحصول عليه إذا تعذّر عليك التحدث بنفسك)
- توكيل الرعاية الصحية (شخص يمكنه اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لك، إذا ما كنت غير قادر على ذلك)
- لا، ولكن تمت مناقشة خطة الرعاية المُسبقة معي
- لا، ولم تتم مناقشة خطة الرعاية المُسبقة معي
- لا، ولكنني مهتم بمعرفة المزيد: نعم لا
- * سنرسل إليك نموذج التوجيه المُسبق ونموذج وكيل الرعاية الصحية.



يُرجى تعبئة النموذج بالكامل وإرساله بالبريد مرة أخرى إلى العنوان التالي:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

تاريخ تعبئة النموذج: _____

الصفحة 3 من 3