



CalOptima Health
 A Public Agency
 505 City Parkway West
 Orange, CA 92868
 ☎ 714-246-8400
 📞 TTY 711
 ⓘ caloptima.org

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. 귀하의 언어로 도와드립니다. **이 설문 조사를 완료하는 데 도움이 필요하시면 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 박스에 표시하십시오: ☒ 귀하의 답.
- b. 일부의 질문은 선에 답변을 작성하도록 요청합니다. 질문 옆 선에 답을 적어주십시오.

감사합니다!

1. 누군가가 이 설문 조사를 작성하는 데 도움을 주었습니까?

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

a. 예라면, 도움이 필요한 이유가 무엇입니까?

- 잘 보이지가 않음 잘 읽지 모함 다소의 질문을 이해 못함
- 기타 (설명하십시오): _____

2. 어떤 언어 사용을 선호하십니까?

- 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?

- 6개월 이하 6 - 12개월 전 1년 이상 전혀 만나지 않았음

5. 다음 중 해당 사항이 있습니까? (해당 사항 옆 상자에 X 표시를 하십시오.)

- 지난 1년간 독감 주사 또는 독감 미스트
- 지난 5년간 폐렴 주사

- 지난 5 년간 대상포진(h-zoster) 주사
- 지난 1 년간 대장암 검진
- 지난 2 년간 메모그램(여성만 해당)
- 지난 3~5 년 동안의 PAP 자궁경부암 검사(여성만 해당)
- 골밀도 검사(골다공증 검사)

6. 지난 3 개월 동안 수술을 받아야 한다는 말을 들었지만 시행하지 않은 적이 있습니까?

- 예 아니오 추천받았지만 거절했음

추천받은 수술: _____

7. 현재 진행 중인 건강 증상이 있으십니까? (해당 사항 옆 상자에 X 표시를 하십시오.)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 알츠하이머 또는 치매 | <input type="checkbox"/> 고혈압 |
| <input type="checkbox"/> 불안증 | <input type="checkbox"/> HIV 또는 AIDS |
| <input type="checkbox"/> 천식 | <input type="checkbox"/> 신장병 |
| <input type="checkbox"/> 양극성 장애 | <input type="checkbox"/> 간 문제 |
| <input type="checkbox"/> 만성폐쇄성폐질환(COPD) 또는 폐기종 | <input type="checkbox"/> 다발성 경화증 |
| <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 파킨슨스 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 정신 분열증 |
| <input type="checkbox"/> 간질 또는 발작 장애 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 |
| <input type="checkbox"/> 심장마비 | <input type="checkbox"/> 갑상선 문제 |
| <input type="checkbox"/> C 형 간염 | <input type="checkbox"/> 기타(증상을 |

적으십시오):

8. 생각, 기억 또는 결정을 하는데 변화가 있었습니까?

- 예 아니오

9. 점점 악화되고 있다고 느끼는 건강 문제가 있습니까?

- 예 아니오

예라면, 문제(들)을/를 적으십시오: _____

10. 치료를 받지 않고 있는 상처, 궤양 또는 피부 손상이 있습니까?

예 아니오

예라면, 설명하십시오: _____

11. 몇가지의 처방받은 약을 드십니까? 없음 1 - 5 가지 6 가지 이상

12. “귀하의 건강 상태를 어떻게 관리하고 있다고 생각하는지 묻길 원합니다.”

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

13. 지금 처방약을 조제받는데 문제가 있습니까? 예 아니오

예라면, 어느 약(들)? _____

14. 지난 6 개월 동안 병원 응급실에 몇 번이나 가셨습니까?

전혀 가지 않았음 한번 두번 이상

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

전혀 가지 않았음 한번 두번 이상

16. 귀하의 주요 건강 관심사는 무엇입니까? _____

전문의 치료

17. 지금 전문의의 치료를 받고 있습니까? 전문의는 외과의사, 심장 전문의, 피부과 전문의, 정신 건강 전문가 및 한 가지 건강 관리 분야의 전문가인 기타 의사와 같은 의사입니다.

예 아니오

예라면, 전문가의 이름(들)은 무엇이며 전문 분야(들)는 무엇입니까?

예: *John Smith, 종양학* _____

18. 마지막으로 전문의를 본 것이 언제입니까?

6개월 미만 지난 6 - 12개월사이 1년 이상

19. 일상 활동에 영향을 미치는 통증이 있습니까? 예 아니오

예라면, 몸의 통증은 어디에 있습니까? _____

1-10으로 평가하십시오(1은 가장 적은 고통부터 10은 가장 고통스러운 것): ____

5 이상이면 통증완화를 위해 어떤 것을 하고 있습니까? _____

20. 암에 걸리셨습니까? 예 아니오

예라면, 어떤 종류의 암입니까? _____

현재 암 치료를 받고 있습니까? 예 아니오

21. 지난해 장기 이식을 받으셨습니까? 예 아니오

a. 예라면, 어떤 종류를 받으셨습니까? _____

22. 투석 중이십니까? 예 아니오

23. 임신이십니까? (여성만 해당) 예 아니오 N/A(해당없음)

예라면, 예정일은 언제입니까? _____

산전 관리를 받고 있습니까? 예 아니오

거주 상황 및 일상 기능

24. 현재 거주 상황은 어떻습니까?

혼자 생활 노숙자 상태

가족, 지인 또는 파트너와 생활 모텔

유급 간병인과 함께 생활

기타 (설명):

거주 및 관리 시설

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

아니오

아니오라면 귀하가 거주하는 장소에 다음이 있습니까?

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

26. 지난 한달간 넘어진 적이 있습니까?

예

아니오

a. 넘어질 위험에 두려우십니까?

예

아니오

27. 다음 행동에 도움이 필요하십니까?

- | | | |
|--------------------|----------------------------|------------------------------|
| a. 목욕 또는 샤워 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| b. 층계 오르기 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| c. 식사하기 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| d. 옷입기 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| e. 이 딱기, 머리 빗기, 면도 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| f. 음식 만들기 또는 요리하기 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| g. 침대 또는 의자에서 일어나기 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| h. 장보기 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 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. 의사검진 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, 이러한 행동에 필요한 모든 도움을 받고 있습니까? 예 아니오

28. 필요할 때 도와줄 수 있는 가족이나 다른 사람이 있습니까? 예 아니오

예라면, 간병인의 이름 및 관계 _____

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

예 아니오

a. 예라면, 간병인에게 어떤 지원이 필요하다고 생각하십니까? _____

30. 건강한 식단을 섭취하지 못하게 하는 치아에 문제가 있습니까?

예 아니오

a. 예라면, 설명하십시오: _____

31. 음식이나 액체를 목에 걸리지 않게 삼키기가 종종 어렵습니까? 예 아니오

정신 건강

32. 지난 2 주 동안 생활하는 데 흥미나 즐거움이 거의 없었습니까?

전혀 며칠동안 반 이상 거의 매일

33. 지난 2 주 동안 기분이 우울하거나 슬프거나 절망적이었습니까?

- 전혀 며칠동안 반 이상 거의 매일

34. 지난 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

35. 귀하는 누군가를 두려워하거나 누가 귀하를 해치고 있습니까? 예 아니오

a. 귀하의 허락 없이 귀하의 돈을 사용하는 사람이 있습니까? 예 아니오

받은 서비스들

36. 다음 보조 도구를 사용합니까? (해당 사항 옆 상자에 X 표시를 하십시오.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 보조기 또는 인공 팔다리 | <input type="checkbox"/> 주입(정맥주사[IV] 약물) |
| <input type="checkbox"/> 카테터(비뇨기) | <input type="checkbox"/> 장루 주머니 또는 용품 |
| <input type="checkbox"/> CPAP 또는 BiPAP(수면에 도움을 주는 기계) | <input type="checkbox"/> 산소 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 용품 (혈당 측정기 등) | <input type="checkbox"/> 기관절개술(trach) 또는 석션 용품 |
| <input type="checkbox"/> 기저귀 또는 요실금 용품 | <input type="checkbox"/> 튜브 영양 공급 용품 |
| <input type="checkbox"/> 보청기 | <input type="checkbox"/> 워커 또는 지팡이 |
| <input type="checkbox"/> 병원 침대 | <input type="checkbox"/> 휠체어 |

이 중 어느 것도 사용하지 않는 경우 보조 도구가 필요하십니까? 예 아니오

예라면, 목록을 적으십시오: _____

37. 음식, 집세, 공과금, 약값을 지불할 돈이 부족할 때가 있습니까? 예 아니오

a. 예라면, 설명하십시오 _____

38. 현재 Medi-Cal 서비스를 사용하고 있습니까?

- 교통편 도움 공과금 지불 도움 (CARE/FERA)

카운티 알콜 또는 마약 외래 환자 서비스

카운티 정신 건강

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

치과

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

Regional Center of Orange County (RCOC)

거주지 서비스

기타 지역사회 자원:

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

사회 역사

40. 흡연, 베이핑 또는 토바코를 사용하십니까? 예 아니오

예라면, 금연하는 데 도움이 필요하십니까? 예 아니오

41. 알코올이 함유된 음료를 얼마나 자주 드십니까?

전혀 한달에 1 번 또는 이하 한달에 2-4 번
 일주일에 2-3 번 일주일에 4 번 이상

42. 술을 마실 때 보통 하루에 몇 잔(알코올 포함)을 드십니까?

1-2 잔 3 - 4 잔 5 잔 이상

건강 관리 계획

43. 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 _____

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

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 지시서를 받는 것에 대해 상담을 원하십니까? 예 아니오

45. 치료 선택에 영향을 미치는 문화적, 종교적 믿음이 있으십니까?

예 아니오

예라면, 설명하십시오 _____

46. 어떤 언어로 작성된 건강 정보를 선호하십니까?

- 영어 스페인어 월남어 아랍어
- 한국어 페르시아어 전통 중국어
- 기타: _____

47. 어떤 형식으로 작성된 건강 정보를 선호하십니까?

- 사본(인쇄)
- 사본 (큰글자)
- 점자
- 오디오 또는 CD

48. 귀하의 관리 목표는 무엇입니까? _____

OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. OneCare 에 가입은 계약 갱신 여부에 달려있습니다. 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 삽지