

## OneCare Plan

### ارزیابی ریسک سلامت

OneCare (HMO D-SNP) ، یک برنامه Medicare Medi-Cal ، می‌خواهد به شما امکان دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خوب را بدهد که نیازهای سلامتی شما را برآورده می‌کند. پاسخ شما به این سوالات نظرسنجی به ما در ارائه خدمات بهتر به شما کمک می‌کند. ما اطلاعات شما را خصوصی نگه می‌داریم و پاسخ‌های شما را ممکن است فقط با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) و کسانی که شما را درمان می‌کنند یا کمک می‌کنند تا نیازهای خود را برآورده کنید، به اشتراک می‌گذاریم. پر کردن این نظرسنجی تأثیری بر دسترسی شما به خدمات مراقبت‌های بهداشتی نخواهد داشت.

یکی از اعضای تیم OneCare می‌تواند این سوالات را از طریق تلفن، تماس ویدیویی یا حضوری از شما بپرسد. برای درخواست کمک برای تکمیل این نظرسنجی، با خدمات مشتری OneCare رایگان به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. ما کارکنانی داریم که به زبان شما صحبت می‌کنند. لطفاً در صورت نیاز به راهنمایی برای تکمیل نظرسنجی با این شماره تماس بگیرید.

اگر برای این نظرسنجی به کمک نیاز ندارید، لطفاً آن را پر کنید و در اسرع وقت با استفاده از پاکت از پیش پرداخت شده هزینه پستی، برای ما ارسال کنید.

نام خانوادگی:	نام :	شبکه درمانی:
شماره عضویت CalOptima (CIN):	تلفن (منزل):	تلفن (تلفن همراه):
آدرس:	ایمیل:	
قد:	وزن:	تاریخ امروز:
تاریخ تولد:	جنسیت:	

## دستور العمل:

- a. لطفاً هر سؤال را بخوانید و کادر را به شکل زیر برای جوابتان علامت بزنید:
- b. برای برخی از سوالات لازم است که که پاسخ خود را روی خط بنویسید. لطفاً پاسخ های خود را بر روی خط کنار سوال بنویسید.

با تشکر!

### 1. آیا کسی به شما در تکمیل این نظرسنجی کمک کرده است؟

- بله، مراقب من  بله، قیم قانونی من  بله، خانواده یا دوست
- نه، من نظرسنجی را خودم تکمیل کردم

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید): \_\_\_\_\_

### a. اگر بله، چرا به کمک نیاز دارید؟

- نمیتوانم خوب ببینم  نمیتوانم به خوبی بخوانم  بعضی سوالات رو متوجه نمیشم
- سایر موارد (لطفاً توضیح دهید): \_\_\_\_\_

### 2. به چه زبانی ترجیح می دهید صحبت کنید؟

- انگلیسی  اسپانیایی  ویتنامی  عربی  کره ای
- فارسی  چینی کانتونی  چینی ماندرین  غیره: \_\_\_\_\_

### سوابق پزشکی گذشته و حال

### 3. به طور کلی، آیا می گوئید سلامتی شما به چه صورت است:

- خیلی خوب  خوب  متوسط  بد

### 4. آخرین باری که ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) یا پزشک خود را دیدید چه زمانی بود؟

- کمتر از 6 ماه گذشته  بین 6-12 ماه گذشته  بیشتر از 1 سال گذشته  هرگز

### 5. کدام یک از مشکلات سلامتی زیر را به صورت مداوم دارید؟ (در کادر کنار شرایطی که دارید یک X علامت بزنید.)

- آلزایمر یا فراموشی  هپاتیت C
- سکته مغزی  فشار خون بالا
- پارکینسون  ایدز یا HIV
- اضطراب  بیماری کلیوی
- اختلال روانی دو قطبی  در حال انجام دیالیز؟  بله  خیر
- افسردگی  بیماری کبد

ام اس یا ( Multiple sclerosis )  
 سرطان: در حال درمان فعال

اشکیزوفرنی (Schizophrenia)  
 دیابت یا بیماری قند

پیوند اعضا

سرع یا بیماری تشنج

مشکلات دیگر:

نارسایی قلبی

6. آیا تغییراتی در تفکر، یادآوری یا تصمیم گیری داشته اید؟

بله  خیر

7. "من می خواهم از شما بپرسم که فکر می کنید شرایط سلامتی خود را چگونه مدیریت می کنید"

a. آیا برای مصرف داروهایتان نیاز به کمک دارید؟  بله  خیر

b. آیا برای تکمیل فرم های سلامت به کمک نیاز دارید؟  بله  خیر

c. آیا برای پاسخ دادن به سوالات در طول ویزیت پزشک به کمک نیاز دارید؟  بله  خیر

8. در 6 ماه گذشته، چند بار به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده اید؟

هرگز  1 بار  2 بار یا بیشتر

9. در 12 ماه گذشته، چند بار بستری شدید و یک شب در بیمارستان ماندید؟

هرگز  1 بار  2 بار یا بیشتر

10. نگرانی اصلی شما در مورد سلامتیتان چیست؟

وظیفه زندگی و عملکرد روزانه

11. شرایط فعلی زندگی شما چیست؟

تنها زندگی میکنم

بی خانمان هستم

با همسر، همدم، دوست یا خویشاوند زندگی میکنم

در مسافرخانه زندگی میکنم

با یک مراقبت کننده دستمزددگیر زندگی میکنم

غیره:

در یک مرکز مراقبتی زندگی میکنم

12. به مکانی که زندگی می کنید فکر کنید. آیا با هیچ یک از موارد زیر مشکل دارید؟

آفاتی مانند حشرات، مورچه ها یا موش ها

کپک

رنگ یا لوله های سربی

کمبود گرما

فر یا اجاق گاز کار نمی کند

دستگاه هشدار دهنده دود وجود ندارد یا کار نمی کند

نشست آب

هیچ یک از موارد بالا

13. آیا می توانید در امنیت کامل در منزل خود زندگی کنید و به راحتی در اطراف خانه خود حرکت کنید؟  بله  خیر

اگر پاسخ شما خیر است، آیا محل زندگی شما شرایط زیر را دارد:

- |                              |                              |   |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | a. نور کافی                                       |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | b. وسایل گرمایشی                                  |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | c. وسایل خنک کننده و کولر                         |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | d. نرده اطراف پله ها و رمپ                        |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | e. آب گرم   |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | f. دستشویی داخل ساختمان                           |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | g. در خروجی مجهز به قفل                           |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | h. راه پله برای ورود به خانه یا پله های داخل خانه |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | i. آسانسور  |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | j. فضای مناسب برای استفاده صندلی چرخدار           |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | k. راه خروجی بدوم مانع رفت و آمد                  |

14. آیا طی ماه گذشته زمین خورده اید؟  بله  خیر

a. آیا نگران این هستید که ممکن است زمین بخورید؟  بله  خیر

15. آیا برای هیچ یک از کارهای زیر به کمک نیاز دارید؟

- |                              |                              |   |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | a. حمام یا دوش گرفتن                    |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | b. بالا رفتن از پله ها                  |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | c. غذا خوردن                            |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | d. لباس پوشیدن                          |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | e. مسواک زدن، شانه زدن مو، تراشیدن صورت |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | f. درست کردن غذا یا آشپزی               |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | g. بلند شدن از تخت یا صندلی             |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | h. خرید و تهیه غذا                      |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | i. استفاده از دستشویی                   |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | j. راه رفتن                             |
| <input type="checkbox"/> بله | <input type="checkbox"/> خیر | k. شستن ظروف یا لباس                    |

1. نوشتن چک و رسیدگی به مسائل مالی  بله  خیر
- m. رفت و آمد به دکتر یا برای دیدن دوستان  بله  خیر
- n. انجام کارهای منزل یا حیاط  بله  خیر
- o. رفتن به دیدن دوستان و خویشاوندان  بله  خیر
- p. استفاده از تلفن  بله  خیر
- q. پیگیری و برنامه ریزی قرار ملاقات ها  بله  خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، آیا برای انجام این کارها کمک های لازم را دریافت می کنید؟  بله  خیر

16. آیا اعضای خانواده یا شخص دیگری را دارید که در صورت لزوم مایل و قادر به کمک به شما باشند؟  بله  خیر  
اگر پاسخ شما مثبت است، نام و نسبت این شخص را بنویسید \_\_\_\_\_

17. آیا تا به حال فکر کرده اید که شخص مراقبت کننده شما به سختی تمام کمک هایی که نیاز دارید را به شما ارائه میکند؟  بله  خیر

a. اگر جوابتان مثبت است، فکر میکنید شخص مراقبت کننده شما به چه کمکهایی نیاز دارد؟

## سلامت روانی

18. در 2 هفته گذشته، آیا علاقه یا میل خیلی کمی به انجام کارها داشته اید؟  به هیچ وجه  چند روز  بیشتر از نصف روزها  تقریباً هر روز

19. آیا در 2 هفته گذشته احساس دلنگی، یاس یا ناامیدی داشته اید؟  به هیچ وجه  چند روز  بیشتر از نصف روزها  تقریباً هر روز

20. در یک ماه (30 روز) گذشته، چند روز احساس تنهایی کرده اید؟  هرگز - من اصلاً احساس تنهایی نمیکنم  کمتر از 5 روز  بیشتر از نصف روزها (بیشتر از 15 روز)  بیشتر روزها - من همیشه احساس تنهایی میکنم

21. آیا از کسی می ترسید یا شخصی به شما آزار میرساند یا آسیب می زند؟  بله  خیر

a. آیا شخصی بدون اجازه شما پولهایتان را خرج میکند؟  بله  خیر

خدمات دریافت شده

22. آیا گاهی پیش آمده که برای پرداخت هزینه غذا، اجاره، قبض و دارو پول کم داشته باشید؟  بله  خیر

a. اگر جواب شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید: \_\_\_\_\_

23. در 12 ماه گذشته، آیا هرگز پیش آمده که غذایی که خریدید دوام نیاورد و پولی برای خرید بیشتر نداشته باشید.

اغلب اتفاق می‌افتد  گاهی اوقات اتفاق می‌افتد  هرگز اتفاق نمی‌افتد

24. آیا در 12 ماه گذشته، نبود وسیله نقلیه مطمئن شما را از قرار ملاقات‌های پزشکی، جلسات، کار یا تهیه وسایل مورد نیاز

زندگی روزمره باز داشته است؟

بله  خیر

25. آیا در حال حاضر به هیچ کدام از خدمات Medi-Cal دسترسی دارید؟

کمک رفت و آمد  کمک به پرداخت قبض آب و برق (CARE/FERA)  
 خدمات سرپایی الکل یا مواد مخدر منطقه  خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)  
 خدمات سلامت روان منطقه  مرکز منطقه ای اورنج کانتی (RCOC)  
 برنامه های کمک غذایی (+Meals on Wheels)  خدمات مسکن  
 CalFresh، بانک های غذا  خدمات دندانپزشکی  
 منابع دیگر جامعه: \_\_\_\_\_

26. آیا علاقه مند به کسب اطلاعات در مورد منابع ذکر شده در بالا هستید؟  بله  خیر

سوابق اجتماعی

27. آیا سیگار می کشید یا از سیگار الکتریکی یا تنباکو استفاده می کنید؟  بله  خیر

اگر بله، آیا برای ترک سیگار کمک می خواهید؟  بله  خیر

28. هر چند وقت یکبار نوشیدنی می خورید که الکل در آن وجود دارد؟

هرگز  یک بار یا کمتر در ماه  2-4 مرتبه در ماه  
 2-3 مرتبه در هفته  4 بار یا بیشتر در هفته

29. در یک روز معمولی که مشروب می خورید چند نوشیدنی (که دارای الکل است) می خورید؟

1-2  3-4  5 تا یا بیشتر

آیا می خواهید با کسی در مورد منابع موجود برای کاهش یا ترک مصرف الکل خود صحبت کنید؟  بله  خیر

## برنامه ریزی مراقبت درمانی

30. آیا فرد دیگری را دارید که برای تصمیم گیری در زمینه گزینه های مراقبت درمانی و سایر انتخابها به شما کمک کند؟

نه، من میتوانم شخصا انتخابهایم را انجام دهم

بله، من یک دوست یا خویشاوند دارم

اسم و نسبت \_\_\_\_\_

بله، من سرپرست قانونی دارم

اسم و نسبت \_\_\_\_\_

31. آیا دستورالعمل پیش دستور برای دریافت مراقبت های درمانی دارید؟ (پیش دستور مدرکی است که به پزشکان و بیمارستانها

میگوید در صورتی که نتوانید خودتان صحبت کنید، چه کاری انجام دهند.)  بله  خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، به چه صورتی؟

وصیت نامه

وکالت نامه برای خدمات پزشکی

وکالتنامه پروکسی برای تصمیمات

دستورات پزشک برای ادامه زندگی و درمان (POLST)

پزشکی

اگر نه، آیا می خواهید با کسی در مورد دریافت دستورالعمل قبلی صحبت کنید؟  بله  خیر

32. اهداف شما در زمینه سلامت شخصیتان چیست؟

---

. OneCare (HMO SNP) ، که یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan است، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare می باشد. ثبت نام در OneCare بستگی به تجدید قرارداد دارد. برنامه OneCare طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. با بخش خدمات مشتریان OneCare Connect با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، تماس بگیرید. به وبسایت ما در [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) سر بزنید.

پیوست:

- درج اطلاعیه عدم تبعیض