



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. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다. 이 설문 조사를 완료하는 데 도움이 필요하다면 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?

- 6개월 이하 6 - 12개월 전 1년 이상 전혀 만나지 않았음

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

- 알츠하이머 또는 치매 C형 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?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 혼자 생활 | <input type="checkbox"/> 노숙자 상태 |
| <input type="checkbox"/> 가족, 지인 또는 파트너와 생활 | <input type="checkbox"/> 모텔 |
| <input type="checkbox"/> 유급 간병인과 함께 생활 | <input type="checkbox"/> 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 | <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 |

14. 지난 한달간 넘어진 적이 있습니까? 예 아니오

a. 넘어질 위험에 두려우십니까? 예 아니오

15. 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 닦기, 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 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| j. 걷기 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 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 못하십니까?

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