

Form sa Pagkuha ng Impormasyong Pangkalusugan para sa Mga Bagong Miyembro ng HPSM Medi-Cal

Upang makatulong na matiyak na makukuha mo ang pangangalaga na maaaring kailanganin mo, ang Form ng Impormasyong Pangkalusugan na ito ay kasama sa iyong mga materyales sa pagtanggap. Ang pagbabalik ng form na ito ay boluntaryo. Hindi ka pagkakaitan ng pangangalaga batay sa iyong mga kumpidensyal na sagot. Para sa mga tanong, o upang kumpletuhin ang form na ito sa pamamagitan ng telepono, tumawag sa **650-616-2133** (M-F 8am – 6pm). Mga gumagamit ng TTY: **1-800-735-2929**.

Impormasyon ng Miyembro

Pangalan ng Miyembro: _____ Petsa ng kapanganakan: _____

Telepono: _____ Pangalan ng taong sumasagot sa form: _____

- | | | | |
|----|---|----|-------|
| 1. | Kailangan mo bang kumonsulta sa doktor sa susunod na 60 araw? | Oo | Hindi |
| | Kung oo, Kailangan ba ninyo ng tulong sa pagtatakda ng iskedyl? | Oo | Hindi |
| | Kung oo, Kailangan ba ninyo ng tulong sa pagtatakda sa oras ng pakikipagkita? | Oo | Hindi |
| 2. | Ilang may resetang gamot ang ginagamit ninyo araw-araw? | | |
| 3. | Kumokonsulta ba kayo nang regular sa doktor para sa kondisyon sa kalusugan ng isip (mental health) gaya ng depresyon, bipolar disorder o schizophrenia? | Oo | Hindi |
| 4. | Naipasok ba kayo sa emergency room nang dalawa o tatlong beses nitong nakaraang 12 buwan? | Oo | Hindi |
| 5. | Naipasok na kayo sa ospital nitong nakaraang 12 buwan? | Oo | Hindi |
| 6. | Kasalukuyang ba kayong nangangailangan ng pag-aalagang personal, gaya ng paliligo, pagbibihis, pagpapalit ng benda? | Oo | Hindi |
| 7. | Gumagamit ba kayo ng kasangkapan o suplay na medikal, gaya ng kamang pang-ospital, wheelchair, walker, bag na oxygen o ostomy? | Oo | Hindi |
| | Kung oo, kailangan ba ninyo ng tulong sa pagkuha ng karagdagang mga suplay? | Oo | Hindi |
| 8. | Buntis ba kayo? | Oo | Hindi |
| | Kung oo, kasalukuyan ba kayong kumokonsulta sa doktor para sa pagbubuntis na ito? | Oo | Hindi |
| 9. | Regular ba kayong kumokonsulta sa doktor para sa pangmatagalang karamdaman (chronic medical condition)? | Oo | Hindi |
| | Kung oo, sagutan ang lahat ng angkop sa inyo: | | |

Hika	Diabetes	Mataas na presyon ng dugo	Sakit sa bato	Sickle Cell Anemia
Kanser	Problema sa puso	HIV o AIDS	Mga Atake	Tuberkulosis
Cystic fibrosis	Hepatitis	Iba pa: _____		

- | | | | |
|-----|--|----|-------|
| 10. | Nalilimitahan ba ng mga kondisyong ito ang inyong mga gawain o mga nagagawa ninyo? | Oo | Hindi |
|-----|--|----|-------|

Nauunawaan ko na maibubunyag ang impormasyong ito sa Health Plan ng San Mateo. Kung babaguhin ko ang Medi-Cal Managed Care Plans, maibubunyag itong pormularyo ko sa bago kong plano.

Lagda: _____ Petsa ng paglagda: _____

Kung hindi nalagdaan ng beneficiary, sabihin ang rela: _____
 Magulang ng menor de edad _____
 Tagasubaybay (Guardian) _____
 Otro: _____

Mangyari pong ipadala itong pormularyo sa
kalakip na sobrang bayad na at may address sa:

Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100,
South San Francisco, CA 94080