

Nakatanggap kayo ng form na ito dahil nasa bago kayong planong pangkalusugan ng Medi-Cal. Gagamitin ng Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) ang form na ito upang tiyaking mabibigyan kayo ng kinakailangang pangangalaga.

Pakipunan ang mga bilog gamit ang panulat na may itim o asul na tinta para sa mga sagot na naaangkop sa inyo. Sagutan ang isang form para sa bawat tao sa inyong pamilya na nagpapatala sa isang bagong planong pangkalusugan ng Medi-Cal.

Kung may mga tanong kayo, pakitawagan ang SCFHP nang walang bayad sa 1-877-230-3888 Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:30 a.m. at 5:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TDD/TTY ay dapat tumawag sa 1-800-735-2929 or 711.

Pakibalik ang nasagutang form sa kalakip na sobreng may bayad nang selyo:

Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

---

***Kusang-loob ang pagsagot sa form na ito. Hindi kayo pagkakaitan ng pangangalaga batay sa inyong mga kumpidensyal na sagot.***

Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_

ID ng Miyembro: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Taong Nagsasagot ng Form: \_\_\_\_\_

- 
1. Kailangan ba ninyong magpatingin sa doktor sa loob ng susunod na 60 araw?  
.....  Oo  Hindi
  2. Gumagamit ba kayo ng 3 o mahigit pang iniresetang gamot bawat araw?  
.....  Oo  Hindi
  3. Regular ba kayong nagpatingin sa doktor para sa kundisyong pangkalusugan ng isipan gaya ng depresyon, bipolar disorder, o schizophrenia? .....  Oo  Hindi
  4. Ipinasok ba kayo sa silid na pang-emergency nang dalawa o mahigit pang beses sa nakalipas na 12 buwan? .....  Oo  Hindi
  5. Ipinasok ba kayo sa ospital sa nakalipas na 12 buwan? .....  Oo  Hindi
  6. Nangailangan ba kayo ng tulong sa personal na pangangalaga, tulad ng pagligo, pagdadamit, paghahanda ng pagkain o iba pang pang-araw-araw na aktibidad sa nakalipas na 6 na buwan? .....  Oo  Hindi

7. Gumagamit ba kayo ng medikal na kagamitan o mga supply, tulad ng higaan sa ospital, wheelchair, walker, oxygen, o mga ostomy bag? .....  Oo  Hindi
8. May kundisyon ba kayong naglilimita sa inyong mga aktibidad o sa maaari ninyong gawin? .....  Oo  Hindi
9. Buntis ba kayo? .....  Oo  Hindi
- 9a. Kung Oo, kasalukuyan ba kayong nagpapatingin sa doktor para sa pagbubuntis na ito? .....  Oo  Hindi
10. Regular ba kayong nagpapatingin sa doktor para sa pabalik-balik na kundisyong medikal? .....  Oo  Hindi

Kung Oo, sagutan ang lahat ng naaangkop:

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Hika            | <input type="radio"/> Mga Problema sa Puso      | <input type="radio"/> Sakit sa Bato                |
| <input type="radio"/> Kanser          | <input type="radio"/> Hepatitis                 | <input type="radio"/> Mga Biglaang Atake (Seizure) |
| <input type="radio"/> Cystic Fibrosis | <input type="radio"/> Mataas na Presyon ng Dugo | <input type="radio"/> Sickle Cell Anemia           |
| <input type="radio"/> Diyabetes       | <input type="radio"/> HIV o AIDS                | <input type="radio"/> Tuberkulosis                 |

Iba pa \_\_\_\_\_

**Kung sa palagay ninyo ay kailangan ninyong magpatingin kaagad sa doktor, tawagan kami sa 1-800-260-2055. Mayroon din kaming 24 na oras na linya sa Payo ng Nurse na matatawagan ninyo sa 1-877-509-0294.**