

您之所以收到本表格，是因为您加入了全新 Medi-Cal 健康计划。Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 使用本表格来确保您获得所需护理。

请使用黑笔或蓝笔填涂适合答案对应的圆圈。加入全新 Medi-Cal 健康计划的每名家庭成员均需填写一份表格。

如有任何疑问，请于周一至周五早上 8:30 至下午 5:00 拨打免费电话 1-877-230-3888 联系 SCFHP。TDD/TTY（语障和听障）用户可拨打 1-800-735-2929 or 711。

填妥表格后，请装入随附的已付邮资信封中，并寄回至：

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

表格为自愿填写。您的答案完全保密，绝不会影响到您所接受的护理服务。

出生日期： _____

会员 ID： _____

填表人姓名： _____

1. 您是否需要在未来 60 天内看医生？ 是 否
2. 您是否每天服用至少 3 种处方药？ 是 否
3. 您是否曾因抑郁症、双相情感障碍或精神分裂症等
心理健康问题经常就医？ 是 否
4. 在过去 12 个月内，您是否曾于急诊室就诊
至少两次？ 是 否
5. 在过去 12 个月内，您是否曾住院？ 是 否
6. 在过去 6 个月内，您是否曾需要在沐浴、穿衣、
备餐或其他日常活动等个人护理方面接受协助？ 是 否
7. 您是否正在使用病床、
轮椅、助行器、氧气或造口袋子等医疗设备或用品？ 是 否
8. 您是否患有限制您活动或能力的疾病？ 是 否
9. 您是否已怀孕？ 是 否
- 9a. 如果是，您当前是否因怀孕而看医生？ 是 否

10. 您是否因某种慢性疾病而定期看医生? 是 否

如果是，请圈选所有适用项：

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 哮喘 | <input type="radio"/> 心脏病 | <input type="radio"/> 肾病 |
| <input type="radio"/> 癌症 | <input type="radio"/> 肝炎 | <input type="radio"/> 痉挛 |
| <input type="radio"/> 囊性纤维化 | <input type="radio"/> 高血压 | <input type="radio"/> 镰状细胞性贫血 |
| <input type="radio"/> 糖尿病 | <input type="radio"/> HIV 或 AIDS | <input type="radio"/> 肺结核 |
| <input type="radio"/> 其他 _____ | | |

如果您认为您需要立即就医，请致电 **1-800-260-2055** 联系我们。您亦可致电我们的 **24 小时 Nurse Advice 护理咨询热线 1-877-509-0294**。