



Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)

Ngày:		Mã hội viên:		Ngày có hiệu lực của chương trình:	
Tên:		Họ:		Ngày sinh:	
Giới tính:		Số điện thoại nhà:		Số điện thoại khác:	

Phần 1 Đặc điểm cá nhân

1	<p>Quý vị có phải là người Tây Ban Nha hoặc người Latinh không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này	2	<p>Quý vị thuộc (các) chủng tộc nào? Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp.</p> <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản xứ <input type="checkbox"/> Người dân Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người da đen/Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người Mỹ bản địa/Người Alaska Bản xứ <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng viết rõ): <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này
---	--	---	--

Phần 2 Câu hỏi về sức khỏe

3	<p>Quý vị hiện mắc hoặc đã từng mắc những bệnh lý nào? (Vui lòng cho biết tất cả các lựa chọn phù hợp.)</p> <input type="checkbox"/> Hen suyễn <input type="checkbox"/> Tiểu đường <input type="checkbox"/> Đột quy <input type="checkbox"/> Lưỡng cực <input type="checkbox"/> Vấn đề về thính giác <input type="checkbox"/> Vấn đề về thị lực <input type="checkbox"/> Ung thư <input type="checkbox"/> Suy tim <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)/Khí thũng <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp <input type="checkbox"/> Bệnh động mạch vành <input type="checkbox"/> Chứng mất trí
---	---

Phần 3 Câu hỏi về sức khỏe khác

4	<p>Nhìn chung, quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào?</p> <input type="checkbox"/> Xuất sắc <input type="checkbox"/> Rất tốt <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Kém	5	<p>(Chỉ dành cho nữ) Quý vị hiện có đang mang thai không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không									
6	<p>Thị lực của quý vị thế nào?</p> <input type="checkbox"/> Xuất sắc <input type="checkbox"/> Rất tốt <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Kém	7	<p>Quý vị có tiêm bất kỳ loại vắc-xin nào sau đây trong năm nay không?</p> <table border="0"> <tr> <td>Cúm</td> <td>Viêm phổi</td> <td>COVID (Nhà sản xuất: _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Có</td> <td><input type="checkbox"/> Có</td> <td><input type="checkbox"/> Có</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Không</td> <td><input type="checkbox"/> Không</td> <td><input type="checkbox"/> Không</td> </tr> </table>	Cúm	Viêm phổi	COVID (Nhà sản xuất: _____)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không
Cúm	Viêm phổi	COVID (Nhà sản xuất: _____)										
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Có										
<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không										
8	<p>Quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	9	<p>Quý vị dùng bao nhiêu loại thuốc theo toa?</p> <input type="checkbox"/> 1-2 loại <input type="checkbox"/> 2-3 loại <input type="checkbox"/> 4 loại trở lên									
10	<p>Quý vị có bị đau không?</p> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Vị trí đau: _____	11	<p>Quý vị đã từng nhập viện:</p> <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Một lần <input type="checkbox"/> Hai lần trở lên _____ <p>Quý vị đã từng được đưa đến phòng cấp cứu chưa?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không									



Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ quý vị được cấp.

IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

12	Quý vị có hay té ngã không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
13	Quý vị có người thân hoặc người khác sẵn sàng và có thể giúp đỡ quý vị khi cần không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
14	Quý vị có từng nghĩ rằng người chăm sóc của mình gặp khó khăn trong hỗ trợ nhu cầu của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Phần 4 Nhà ở

15	Tình trạng nhà ở hiện nay của quý vị như thế nào? <input type="checkbox"/> Tôi không có nhà ở (tôi đang ở với người khác, trong khách sạn, trong nơi tạm trú, sống ngoài đường, trên bãi biển, trong xe hơi, tòa nhà bỏ hoang, xe buýt hoặc ga xe lửa hoặc trong công viên) <input type="checkbox"/> Hiện tôi có nhà ở nhưng tôi lo lắng sẽ mất nhà ở trong tương lai <input type="checkbox"/> Tôi có nhà ở	16	Quý vị sống ở: <input type="checkbox"/> Một nhà chung cư độc lập, căn hộ hoặc nhà di động <input type="checkbox"/> Căn hộ hoặc nhà trọ tập thể có dịch vụ hỗ trợ sinh hoạt và cơ sở chăm sóc <input type="checkbox"/> Viện dưỡng lão <input type="checkbox"/> Khác: _____
----	--	----	---

Phần 5 Thực phẩm

17	Trong 12 tháng qua, quý vị lo lắng rằng thực phẩm sẽ hết trước khi có tiền để mua thêm. <input type="checkbox"/> Thường xuyên <input type="checkbox"/> Đôi khi <input type="checkbox"/> Không bao giờ
----	--

Phần 6 Dịch vụ tiện ích

18	Trong 12 tháng qua, các công ty điện, ga, dầu hoặc nước có cảnh báo ngừng cung cấp dịch vụ cho nhà quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đã ngừng
----	--

Phần 7 Di chuyển

19	Trong 12 tháng qua, quý vị có gặp tình huống không thể đến các cuộc hẹn y tế, cuộc họp, nơi làm việc hoặc không thể mua được những thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày do thiếu phương tiện di chuyển hay không? (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp) <input type="checkbox"/> Có, việc đó đã khiến tôi không thể đến các cuộc hẹn y tế hoặc đi mua thuốc <input type="checkbox"/> Có, việc đó đã khiến tôi không thể đến các cuộc gặp mặt không liên quan đến thăm khám, cuộc hẹn, nơi làm việc hoặc không mua được những thứ tôi cần <input type="checkbox"/> Không
----	--



Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ quý vị được cấp.

Phần 8 Sức khỏe xã hội và cảm xúc	
20	Quý vị có cảm thấy an toàn về mặt thể chất và tinh thần tại nơi mình đang sống không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không chắc <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này
21	Quý vị có thường xuyên gặp hoặc nói chuyện với những người mình quan tâm và cảm thấy gần gũi không? (Ví dụ: nói chuyện với bạn bè qua điện thoại, đến thăm bạn bè hoặc gia đình, đi nhà thờ hoặc họp mặt câu lạc bộ). <input type="checkbox"/> Dưới một lần một tuần <input type="checkbox"/> 1 đến 2 lần một tuần <input type="checkbox"/> 3 đến 5 lần một tuần <input type="checkbox"/> Hơn 6 lần mỗi tuần <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này
22	Tần suất quý vị cảm thấy buồn trong 2 tuần qua: <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Đôi khi <input type="checkbox"/> Nhiều ngày <input type="checkbox"/> Hơn nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày

Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ quý vị được cấp.