

Tên của hội viên:	Họ của hội viên:	Chữ cái đầu tên đệm:
Số định danh Medicare (MBI) của hội viên Clever Care:	Ngày sinh:	Ngày điền đơn HRA:
Địa chỉ email:	Số điện thoại của hội viên:	
Tên nhà cung cấp/Bác sĩ chăm sóc chính (PCP):	Bản HRA này được hoàn thành như thế nào: ☐ Qua điện thoại ☐ Gặp mặt trực tiếp ☐ Trực tuyến/từ xa	
Tên nhà môi giới:	Số định danh nhà sản xuất quốc gia (NPN) của người điền đơn:	

Thông Tin Về Tôi

Vui lòng mô tả bất cứ điều gì liên quan đến văn hóa, tín ngưỡng, thực hành tôn giáo hoặc bất cứ điều gì khác quan trọng đối với quý vị, những điều có thể giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn.

1. Tình hình nhà ở hiện tại của quý vị thế nào?

☐ Tôi có một nơi ổn định để sống

Quý vị có lo lắng về việc mất nhà ở không?

☐ Không ☐ Có, hãy giải thích: _____

☐ Tôi không có nhà ở (sống với người khác, trong khách sạn, tại một nơi trú ẩn, sống ngoài đường, trên bãi biển, trong ô tô hoặc trong công viên). Giải thích: _____

2. Quý vị có cảm thấy an toàn về thể chất và tinh thần ở nơi mình đang sống không?

☐ Có

☐ Không

3. Hiện tại quý vị đang sống với ai?

☐ Sống một mình

☐ Sống với vợ/chồng, gia đình hoặc bạn bè

☐ Sống với người khác (hãy giải thích): _____

4. Trong năm qua, quý vị có từng thấy sợ hãi đối với vợ/chồng hay vợ/chồng trước của mình không?

☐ Có

☐ Không

☐ N/A (Không có thông tin)

5. Quý vị có còn đang làm việc không?

- ☐ Có ☐ Không

6. Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện đi lại đáng tin cậy có khiến cho quý vị gặp khó khăn để đến các cuộc hẹn khám bệnh, các cuộc họp, đi làm, hoặc khó nhận được các thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày không?

- ☐ Có, điều đó khiến tôi không thể đi khám bệnh.
☐ Có, điều đó khiến tôi không thể tham gia các cuộc họp, cuộc hẹn, công việc không liên quan đến y tế hoặc mua những thứ tôi cần như thực phẩm hay hàng tạp hóa.
☐ Không

7. Trong năm qua, quý vị hoặc bất kỳ người thân nào đang sống cùng quý vị có gặp khó khăn để nhận bất kỳ điều gì sau đây (vì lý do thiếu tiền, vì không có sẵn khi cần, hoặc vì không tiếp cận được) không? Chọn tất cả những lựa chọn đúng với trường hợp của quý vị.

- ☐ Thực phẩm ☐ Thuốc men ☐ Chăm sóc người già/trẻ em
☐ Các tiện ích sinh hoạt (như điện, nước, ga, v.v.) ☐ Điện thoại ☐ Quần áo
☐ Dịch vụ chăm sóc sức khỏe (y tế, nha khoa, sức khỏe tinh thần, thị lực)
☐ Những thứ khác: _____
☐ Không

8. Quý vị đã lập "Bản Chỉ Dẫn Trước" chưa? (Advance Directive, có tài liệu gọi là Chỉ Định Trước/Chỉ Thị Trước - đây là một cách để đảm bảo rằng người được ủy quyền hợp pháp về y tế của quý vị có thể truyền đạt lại nguyện vọng y tế của quý vị, trong trường hợp quý vị không thể tự mình giao tiếp được)

- ☐ Có ☐ Chưa lập/Không lập

Sàng Lọc Cơ Đau

9. Quý vị có thấy đau bây giờ hay trong hai tuần qua không?

- ☐ Có **Cơ đau của quý vị nghiêm trọng nhất ở mức độ nào? (từ 0 đến 10, với 10 là đau nhất)**

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Quý vị đã nói cho bác sĩ hoặc người nào khác về cách kiểm soát cơn đau của mình chưa?

- ☐ Có, người đó là ai? _____
☐ Chưa

- ☐ Không

10. Vui lòng chọn nếu quý vị sử dụng bất kỳ thiết bị nào sau đây:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Răng giả | ☐ Thiết bị cảnh báo y tế | ☐ Ghế nâng |
| ☐ Đai (chân, lưng) | ☐ Thiết bị hỗ trợ di chuyển | ☐ Gậy |
| ☐ Vật tư dành cho chứng đại tiểu tiện không tự chủ (băng vệ sinh, miếng lót) | ☐ Kính/kính áp tròng | ☐ Thiết bị hỗ trợ ăn uống |
| ☐ Thiết bị hỗ trợ tắm rửa | ☐ Khung đỡ hỗ trợ đi bộ | ☐ Bô vệ sinh cạnh giường |
| ☐ Máy trợ thính | ☐ Xe lăn (bằng tay, bằng điện) | |
| ☐ Thiết bị hay vật dụng khác: _____ | | |
| ☐ Không có/không sử dụng bất kỳ thiết bị nào | | |
| ☐ Liệt kê các thiết bị hay vật tư mà quý vị cần dùng nhưng không có: _____ | | |

Giao Tiếp - Kết Nối

11. Khi có nhu cầu hoặc mối lo ngại về sức khỏe, quý vị có thể truyền đạt với nhà cung cấp/bác sĩ chăm sóc sức khỏe của quý vị tốt đến mức nào? (bao gồm cả việc giao tiếp với người cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà, dịch vụ y tế, và dịch vụ sức khỏe tinh thần)

- ☐ Tuyệt vời, không có vấn đề gì
- ☐ Tốt, tôi tự tin là mình truyền đạt tốt hầu hết mọi lần
- ☐ Khá tốt, tôi có thể truyền đạt một số, nhưng không phải tất cả nhu cầu hoặc mối lo ngại của mình
- ☐ Tệ, tôi thường thấy khó để truyền đạt

Giải thích: _____

12. Quý vị có cảm thấy khó hiểu đối với các hướng dẫn từ bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình không?

- ☐ Tuyệt vời, tôi không thấy có gì khó hiểu
- ☐ Tốt, tôi hiếm khi thấy khó hiểu
- ☐ Khá tốt, đôi khi tôi thấy khó hiểu
- ☐ Tệ, tôi thường thấy khó hiểu

Giải thích: _____

13. Trình độ học vấn cao nhất mà quý vị đã tốt nghiệp là gì?

- ☐ Bậc trên trung học phổ thông
- ☐ Tốt nghiệp trung học phổ thông/GED
- ☐ Bậc dưới trung học phổ thông

Sức Khỏe Của Tôi

14. Nhìn chung, quý vị đánh giá sức khỏe của mình thế nào? (Vui lòng chọn một đáp án.)

- ☐  Tuyệt vời ☐  Khỏe mạnh ☐  Bình thường ☐  Yếu/không khỏe

15. Trong hai tuần qua, quý vị có thường xuyên gặp phải những vấn đề sức khỏe nào sau đây không?

	Không hề	Vài ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
Ít quan tâm hoặc không thấy hứng thú với mọi việc	☐	☐	☐	☐
Cảm thấy chán nản, buồn bã hoặc tuyệt vọng	☐	☐	☐	☐

16. Quý vị có thường xuyên thấy cô đơn hoặc bị cô lập với những người xung quanh không?

- ☐ Không bao giờ ☐ Hiếm khi ☐ thỉnh thoảng ☐ Thường xuyên ☐ Luôn luôn

17. Căng thẳng là khi ai đó cảm thấy bức bối, lo lắng, bồn chồn hoặc mất ngủ vào ban đêm vì tâm trí họ bị xáo trộn. Quý vị thấy mình căng thẳng ở mức nào?

- ☐ Không hề ☐ Một chút ☐ Phần nào ☐ Khá nhiều ☐ Rất nhiều

18. Quý vị có gặp bất kỳ vấn đề sức khỏe nào sau đây không? Vui lòng chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- ☐ Bệnh tim (đau tim, suy tim) ☐ Huyết áp cao
☐ Bệnh tiểu đường (đường huyết cao) ☐ Bệnh phổi (hen suyễn, COPD)
☐ Sức khỏe tinh thần (trầm cảm, lo âu)
☐ Bệnh khác (đột quỵ, bệnh về tuyến giáp, ung thư): _____

19. Vui lòng liệt kê các loại thuốc, tần suất và liều lượng quý vị đang dùng, bao gồm cả thuốc không theo toa và sản phẩm bổ sung/thực phẩm chức năng.

Tên Thuốc	Liều Lượng/Độ Mạnh	Quý vị dùng thuốc này bao lâu một lần?

20. Quý vị có bị dị ứng với thuốc nào không?

- ☐ Không ☐ Có, hãy liệt kê: _____

21. Quý vị có sử dụng liệu pháp thay thế hoặc loại thảo dược nào để điều trị tình trạng sức khỏe của mình không?

☐ Không ☐ Có

Nếu có, quý vị dùng loại nào và để trị bệnh gì? _____

Nếu có, bác sĩ của quý vị có biết rằng quý vị đang sử dụng liệu pháp này không?

☐ Có ☐ Không

22. Quý vị có hiểu rõ về thuốc của mình và lý do quý vị dùng chúng không?

☐ Có ☐ Không, tại sao? _____

23. Trong vòng 6 tháng qua, quý vị có gặp khó khăn trong việc lấy thuốc theo đơn không?

☐ Không ☐ Có, tại sao? _____

24. Quý vị có tập thể dục không? (ví dụ: đi bộ, tham gia các lớp học theo nhóm, đạp xe tại chỗ, v.v.)

☐ Không ☐ Có

Nếu có, quý vị tập bao nhiêu ngày một tuần và bao nhiêu phút mỗi ngày?

	15 phút	30 phút	45 phút	1 giờ hoặc hơn
Hàng ngày	☐	☐	☐	☐
Một lần mỗi tuần	☐	☐	☐	☐
Hai lần mỗi tuần	☐	☐	☐	☐
Ba lần mỗi tuần	☐	☐	☐	☐

25. Trong năm qua, quý vị có từng phải nằm viện qua đêm hoặc nhiều ngày trong bệnh viện không?

☐ Không ☐ Có, bao nhiêu lần? Tại sao? _____

26. Trong năm qua, quý vị có phải đến phòng cấp cứu tại bệnh viện không?

☐ Không ☐ Có, bao nhiêu lần? Tại sao? _____

27. Trong năm qua, quý vị có phải ở lại cơ sở điều dưỡng không?

☐ Không ☐ Có, bao nhiêu lần? Tại sao? _____

28. Trong 12 tháng qua, quý vị có bị ngã khi đang ở nhà hoặc khi ra ngoài không?

☐ Không ☐ Có, bao nhiêu lần? Tại sao? _____

Cuộc Sống Hàng Ngày Của Tôi

29. Người chăm sóc: Có ai đó (như người nhà, bạn bè, nhân viên chăm sóc tại nhà) thường xuyên chăm sóc quý vị, trông nom nhà cửa cho quý vị, hoặc thường xuyên giúp quý vị làm những việc vặt hay những việc khác không?

☐ Không ☐ Có, tên người chăm sóc: _____

30. Quý vị có thể làm những việc này tốt ở mức nào?

	Tôi không cần được giúp đỡ 	Tôi cần được giúp đỡ một chút, hoặc cần sử dụng thiết bị hỗ trợ 	Tôi luôn cần được giúp đỡ 
Tắm rửa	☐	☐	☐
Vệ sinh cá nhân (đánh răng, rửa mặt, chải tóc, cạo râu, v.v.)	☐	☐	☐
Mặc đồ	☐	☐	☐
Ra vào nhà vệ sinh	☐	☐	☐
Ra vào giường hoặc ghế	☐	☐	☐
Đi bộ, không tính leo cầu thang	☐	☐	☐
Mua sắm	☐	☐	☐
Chuẩn bị bữa ăn	☐	☐	☐
Tự ăn uống	☐	☐	☐
Sử dụng điện thoại	☐	☐	☐
Chăm sóc nhà cửa	☐	☐	☐
Giặt ủi	☐	☐	☐
Quản lý thuốc giúp quý vị	☐	☐	☐
Quản lý tài chính giúp gia đình quý vị	☐	☐	☐

Rượu/Thuốc Lá

31. Quý vị có uống rượu/bia (đồ uống chứa cồn) không?

☐ Không ☐ Có

Nếu có: Quý vị có muốn cai hoặc cắt giảm các loại đồ uống này không?

☐ Có ☐ Không

32. Quý vị có đang hút thuốc (thuốc lá, xì gà, thuốc hít, thuốc nhai, thuốc lá điện tử) không?

☐ Không ☐ Có

Nếu có: Quý vị có muốn cai hoặc cắt giảm việc hút thuốc không?

☐ Có ☐ Không

Mục Tiêu Sức Khỏe

33. Mục tiêu sức khỏe hàng ngày của quý vị là gì? Vui lòng chọn ít nhất một trong các mục tiêu sức khỏe được liệt kê dưới đây.

- ☐ Hoàn thành kỳ kiểm tra sức khỏe hàng năm với nhà cung cấp/bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của tôi
- ☐ Làm tình nguyện viên cho một tổ chức địa phương, chẳng hạn như thư viện, trại cứu hộ động vật, hoặc bếp ăn từ thiện
- ☐ Duy trì hoặc tăng cường sức khỏe và sự cân bằng để tránh bị té ngã
- ☐ Nói chuyện với bác sĩ của tôi để xây dựng một kế hoạch tập thể dục thường xuyên
- ☐ Thực hiện chế độ ăn uống bổ dưỡng và lành mạnh để duy trì hoặc cải thiện sức khỏe của tôi
- ☐ Mục tiêu cá nhân khác _____

34. Có rào cản nào có thể khiến quý vị không đạt được mục tiêu của mình không?

- ☐ Không
- ☐ Có – Chọn tất cả những câu trả lời phù hợp:
 - ☐ Thiếu phương tiện đi lại
 - ☐ Thiếu động lực
 - ☐ Thiếu thời gian
 - ☐ Thiếu nguồn lực/thiết bị
 - ☐ Những rào cản khác _____