

DCHCA(DC HealthCare Alliance)의 자녀 건강 관리를 위한 필요 사항

귀하 가정의 자녀 한 명 당 양식을 한 부씩 작성해 주십시오.

다음 자녀(이름 및 Alliance ID#)를 대신하여 이 양식을 작성해 주십시오.	
------------------------------------------------	--

호주 정보:	아래에 수정/개정 사항 입력	자녀 정보:	아래에 개정/수정 사항 입력
이름(이름, 중간이름, 성):		이름(이름, 중간이름, 성)	
생년월일		주소(아파트, 동, 시, 주, 우편번호)	
주소(아파트, 동, 시, 주, 우편번호)		생년월일	
		ALLIANCE 번호	

다음 질문에 대한 답변은 귀하의 관리의료기구(MCO)가 귀하의 자녀에게 제공하는 서비스의 향상을 목적으로 사용될 것입니다. 귀하 가정의 자녀 한 명 당 이 양식을 한 부씩 작성해 주십시오. 본 설문조사에서는 **21 세 미만**의 사람을 자녀로 정의하고 있습니다. 귀하의 답변은 귀하의 자녀의 건강 관리에 필요한 요구에 부응하는데 도움이 될 것입니다.

Q1. 자녀가 귀하의 건강 보험에서 고지하고 있어야 할 건강 문제 또는 의학 치료를 받고 있습니까?

- 예
 아니오 → Q2로 건너 뛰십시오.

1a. ["예"일 경우] 건강 문제 또는 의학적 치료 사항을 기술하십시오. _____

Q2. 자녀가 임신 중입니까?

- 예
 아니오 → Q2로 건너 뛰십시오.

Q2a. ["예"일 경우] 자녀의 주치의 이름은 무엇입니까? _____

Q2b. 자녀의 출산예정일(알고 있을 경우)은 언제입니까? ____/____/____ (월/일/년)

Q3. 자녀가 현재 주치의가 처방하는 약물(비타민 외)이 필요합니까 아니면 복용하고 있습니까?

- 예
 아니오 → Q4로 건너 뛰십시오.

3a. ["예"일 경우] 약물의 이름은 무엇입니까? [이름을 잘 모를 경우 약통을 확인하십시오.]

구체적으로 명기하십시오: _____

3b. 귀하의 자녀는 최소 1년 동안 지속되었거나 지속될 수 있는 병 때문에 이 약물이 필요한 것입니까 또는 복용하고 있는 것입니까?

- 예
 아니오

남은 질문의 경우 아래 란에서 귀하의 답변을 가장 잘 나타낸 사항에 표시하십시오. 다른 항목으로 건너뛰라는 지시가 없을 경우 다음 항목에 대한 다음 열을 계속 진행하십시오.

	지시에 따라 아래의 각 항목에서 하나의 해당 사항을 표시하십시오.		
	예	아니오	모름
Q4. 귀하의 자녀는 또래 아이들에게 일반적인 것 이상의 <u>진료, 정신 건강 또는 교육 서비스가 필요합니까</u> 아니면 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 5로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 5로 건너 뛰십시오
4a. ["에"일 경우] 이것이 의료, 행동 또는 기타 건강 문제 때문입니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 5로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 5로 건너 뛰십시오
4b. ["에"일 경우] 이러한 상황이 <u>최소 1년</u> 동안 지속되었습니까 아니면 지속될 것으로 예상하십니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q5. 귀하의 자녀는 또래의 아이들과 같은 활동을 하는 능력에 <u>제한이 있습니까</u> 아니면 할 수 없습니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 6으로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 6으로 건너 뛰십시오
5a. ["에"일 경우] 이것이 의료, 행동 또는 기타 건강 문제 때문입니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 6으로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 6으로 건너 뛰십시오
5b. ["에"일 경우] 이러한 상황이 <u>최소 1년</u> 동안 지속되었습니까 아니면 지속될 것으로 예상하십니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q6. 귀하의 자녀는 물리치료, 작업치료 또는 언어치료와 같은 <u>특수 치료를 필요로</u> 합니까 아니면 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 7로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 7로 건너 뛰십시오
6a. ["에"일 경우] 이것이 의료, 행동 또는 기타 건강 문제 때문입니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 7로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 7로 건너 뛰십시오
6b. ["에"일 경우] 이러한 상황이 <u>최소 1년</u> 동안 지속되었습니까 아니면 지속될 것으로 예상하십니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q7. 귀하의 자녀는 정서장애, 발달장애 또는 행동장애를 갖고 있습니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 8로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 8로 건너 뛰십시오
Q7a. ["에"일 경우] 귀하의 자녀는 이러한 장애로 치료 또는 카운셀링이 필요합니까 아니면 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Q 8로 건너 뛰십시오	<input type="checkbox"/> ₈ → Q 8로 건너 뛰십시오
Q7b. ["에"일 경우] 이러한 장애가 <u>최소 1년</u> 동안 지속되었습니까 아니면 지속될 것으로 예상하십니까?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Q8. 귀하의 자녀는 이미 일정이 정해진 <u>특수 의료 절차를</u> 앞두고 있습니까? 예를 들자면, 화학요법, 수술, 알레르기 주사 치료 또는 기타 요법이 해당됩니다.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈

질문은 이상과 같습니다. 귀하 가정의 자녀 한 명 당 양식을 한 부씩 작성하십시오. 작성된 양식은 동봉한 봉투에 넣어 보내주십시오.

Si no puede leer esta carta, por favor llame a Servicios para Miembros al 202 639-4030.
ይህ ፎርም ከእንግሊዝኛ ቋንቋ ሌላ እንዲላክልዎት ከፈለጉ ወይም ሌላ ጥያቄ ካልዎት እባክዎን በስልክ ቁጥር 202-639-4030 ይደውሉ።
如果「」需要我們寄其他語言的表格給「」，或有任何問題，請聯絡我們，電話是：202 639-4030。
영어 이외의 언어로 작성된 양식을 원하거나 기타 질문 사항이 있는 경우 다음 번호로 연락하십시오: 202 639-4030.
Nếu bạn muốn mẫu đơn này được gửi đến bạn bằng một ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, xin hãy liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại: 202 639-4030.