

MÃ SỐ ALLIANCE CỦA TRẺ: _____ NGÀY ĐIỀN BIỂU MẪU: _____
TÊN MCO: _____ TÊN NHÂN VIÊN MÔI GIỚI: _____

10-17/

18-19/

20-21/

22-25/

26-40/

1-6/
BATCH 7-9/

Nhu Cầu Chăm Sóc Sức Khỏe của Trẻ Em tại DC HealthCare Alliance

VUI LÒNG ĐIỀN MỘT BIỂU MẪU CHO MỖI TRẺ TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ.

Vui lòng điền mẫu này thay mặt cho trẻ có tên sau (tên và số ID Alliance):

THÔNG TIN VỀ CHỦ NHÀ:	Điền chỉnh sửa/cập nhật vào dưới đây	THÔNG TIN VỀ TRẺ:	Điền cập nhật/chỉnh sửa vào dưới đây
TÊN (TÊN, CL, HỌ)		TÊN (TÊN, CL, HỌ)	
NGÀY SINH		ĐỊA CHỈ NHÀ (ĐƯỜNG PHỐ, CĂN HỘ, TP, BANG, ZIP)	
ĐỊA CHỈ NHÀ (ĐƯỜNG PHỐ, CĂN HỘ, TP, BANG, ZIP)		NGÀY SINH	
		MÃ SỐ ALLIANCE	

Tổ chức chăm sóc có quản lý (MCO) sẽ sử dụng các câu hỏi sau để cải thiện dịch vụ cung cấp cho trẻ em. Điền một biểu mẫu cho mỗi trẻ trong gia đình quý vị. Trong khảo sát này, chúng tôi xem trẻ em là những người **dưới 21 tuổi**. Câu trả lời của quý vị sẽ giúp MCO đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của trẻ em.

Câu 1. Trẻ có những vấn đề sức khỏe gì hay điều trị y tế nào mà chương trình sức khỏe nên biết không?

- Có
 Không → Chuyển sang Câu 2

1a. [NẾU CÓ] Xin kể rõ (những vấn đề sức khỏe hay điều trị y tế): _____

Câu 2. Con quý vị có đang mang thai không?

- Có
 Không → Chuyển sang Câu 2

Câu 2a. [NẾU CÓ] Tên bác sĩ là gì? _____

Câu 2b. Lúc nào dự tính sẽ sinh con (nếu biết)? ____/____/____ (Tháng/Ngày/Năm)

Câu 3. Trẻ hiện cần hay có sử dụng thuốc do bác sĩ cho toa không (ngoài vitamin)

- Có
 Không → Chuyển sang Câu 4

3a. [NẾU CÓ] Tên những loại thuốc này là gì? [Xin kiểm tra hộp thuốc nếu không nhớ rõ tên thuốc.]

Nói rõ: _____

3b. Trẻ cần hay có sử dụng những thuốc này bởi một tình trạng đã kéo dài, hay dự tính sẽ kéo dài, **ít nhất một năm?**

- Có
 Không

Với các câu hỏi còn lại, xin đánh dấu vào các ô bên dưới phù hợp với câu trả lời của quý vị nhất. Tiếp tục với hàng kế tiếp cho mục tiếp theo trừ phi có hướng dẫn chuyển sang mục khác.

	Đánh dấu một ô cho các mục sau, theo hướng dẫn.		
	Có	Không	Không biết
Câu 4. Con quý vị cần hay có sử dụng <u>các dịch vụ chăm sóc y tế, sức khỏe tâm thần hay dịch vụ giáo dục</u> nhiều hơn hầu hết các trẻ cùng lứa tuổi không?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 5	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 5
4a. [NẾU CÓ] Đây có phải là do tình trạng y tế, hành vi, hay tình trạng sức khỏe khác?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 5	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 5
4b. [NẾU CÓ] Tình trạng này đã kéo dài, hay dự tính sẽ kéo dài, ít nhất một năm?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Câu 5 Năng lực của con quý vị <u>bị hạn chế hay bị trở ngại</u> khi làm những việc hầu hết các trẻ trong cùng lứa tuổi có thể làm không?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 6	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 6
5a. [NẾU CÓ] Đây có phải là do tình trạng y tế, hành vi, hay tình trạng sức khỏe khác?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 6	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 6
5b. [NẾU CÓ] Tình trạng này đã kéo dài, hay dự tính sẽ kéo dài, ít nhất một năm?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Câu 6 Con quý vị cần hay được <u>điều trị đặc biệt</u>, như liệu pháp vật lý, nghề nghiệp hay tiếng nói không?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 7	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 7
6a. [NẾU CÓ] Đây có phải là do tình trạng y tế, hành vi, hay tình trạng sức khỏe khác?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 7	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 7
6b. [NẾU CÓ] Tình trạng này đã kéo dài, hay dự tính sẽ kéo dài, ít nhất một năm?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Câu 7 Con quý vị có vấn đề gì về tình cảm, phát triển hay hành vi không?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 8	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 8
Q7a. [NẾU CÓ] Con quý vị cần hay được điều trị hay tư vấn về vấn đề này không?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ → Chuyển sang Câu 8	<input type="checkbox"/> ₈ → Chuyển sang Câu 8
Q7b. [NẾU CÓ] Tình trạng này đã kéo dài, hay dự tính sẽ kéo dài, ít nhất một năm?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈
Câu 8 Trẻ có <u>các thủ tục y tế đặc biệt</u> nào đã được xếp lịch không? Các ví dụ bao gồm: hóa trị, phẫu thuật, chích phòng dị ứng, hay liệu pháp các loại khác.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₈

Đây là tất cả các câu hỏi chúng tôi dành cho quý vị. Vui lòng điền một biểu mẫu riêng cho mỗi trẻ trong gia đình quý vị. Xin gửi trả mẫu này trong phong bì đính kèm.

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።
如果您需要我們寄其他語言的表格給您，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 연락주십시오. 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.