

# DC HealthCare Alliance

## Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý

Nếu muốn, quý vị có thể chuyển sang nói chuyện với người nói tiếng Tây Ban Nha tại số (202) 639-4030

**MẪU ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE CÁ NHÂN:** Để giúp chương trình sức khỏe chăm sóc quý vị và gia đình, xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau cho quý vị và mỗi người trong gia đình. Nếu cần thêm chỗ, quý vị có thể viết vào mặt sau mẫu này.

Tên Chủ Nhà: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Số Alliance: \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội (tùy ý): \_\_\_\_\_

1. Quý vị hay người trong gia đình có hẹn khám với bác sĩ trong tháng tới không?

Nếu CÓ hãy điền mẫu dưới:

Tên người trong gia đình	Tên bác sĩ	Ngày hẹn khám

2. Quý vị hay người trong gia đình có dùng thuốc do bác sĩ kê toa không?

Nếu CÓ hãy điền mẫu dưới:

Tên người trong gia đình	Tên thuốc	Ngày hết thuốc

3. Quý vị hay người trong gia đình có được chăm sóc tại nhà không? Nếu CÓ hãy điền mẫu dưới:

Tên người trong gia đình	Loại chăm sóc (đơn vị sức khỏe tại nhà, v.v.)

4. Quý vị hay người trong gia đình có đang mang thai không? Nếu CÓ hãy điền mẫu dưới:

Tên người trong gia đình	Tên bác sĩ	Ngày sinh dự tính

5. Lần cuối cùng quý vị hay người trong gia đình đến khám tại bác sĩ là lúc nào? Điền mẫu dưới:

Tên người trong gia đình	Tên bác sĩ	Ngày hẹn khám

6. Lần cuối cùng quý vị hay người trong gia đình đến khám tại nha sĩ là lúc nào? Điền mẫu dưới:

Tên người trong gia đình	Tên nha sĩ	Ngày hẹn khám

7. Có những vấn đề sức khỏe gì hay điều trị y tế nào mà chương trình sức khỏe nên biết về quý vị hay người trong gia đình không? Nếu CÓ hãy điền mẫu dưới:

Tên người trong gia đình	Mô tả cách điều trị vấn đề sức khỏe

Gửi trả trong phong bì kèm theo – không cần dán tem. Hay gọi đường dây hỗ trợ, 202-639-4030.

XIN CẢM ƠN.