

## 워싱턴 DC 메디케이드에 가입된 어린이의 의료 서비스

가정 내 어린이 한 명당 한 부씩 양식을 작성해 주십시오.

다음 어린이(이름 및 메디케이드 ID 번호)를 대신하여 이 양식을 작성해 주십시오.

--	--

호주에 대한 정보:	수정 / 업데이트 사항 입력	어린이에 대한 정보:	업데이트 / 수정 사항 입력
이름(이름, 중간 이름, 성):		이름(이름, 중간 이름, 성)	
생일		주소(거리 이름, APT, 시, 주, 우편번호)	
주소(거리 이름, APT, 시, 주, 우편번호)		생일	
		메디케이드 번호	

다음 질문은 MCO(Managed Care Organization)가 자녀에 대한 의료 서비스 개선을 사용하게 될 것입니다. 가정 내의 각 어린이에 대해 다음 양식 중 하나를 작성하여 주십시오. 이 설문조사에서 지칭하는 어린이란 **21 세 이하**의 개인을 말합니다. 귀하의 답변은 MCO가 자녀에게 필요한 의료 서비스를 제공하는 데 도움이 될 것입니다.

**Q1. 자녀에 대하여 의료 보험 플랜이 알아야 할 건강상의 문제나 치료 경력이 있습니까?**

- 예  
 아니오 → Q2로 바로가기

**1a. [예인 경우] 건강상의 문제나 치료 경력을 자세히 설명해 주십시오.** \_\_\_\_\_

**Q2. 해당 자녀가 현재 임신 중입니까?**

- 예  
 아니오 → Q3로 바로가기

**Q2a. [예인 경우] 담당 의사 이름은 무엇입니까?** \_\_\_\_\_

**Q2b. 출산 예정일이 언제입니까?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MO / DD / YYYY)

**Q3. 현재 의사가 처방한 약품(비타민 이외)을 필요로 하거나 사용중입니까?**

- 예  
 아니오 → Q4로 바로가기

**3a. [예인 경우] 약품의 이름은 무엇입니까? [이름이 확실하지 않은 경우 약병을 확인하십시오.]**

약품 이름: \_\_\_\_\_

**3b. 약품을 사용 또는 필요로 하는 이유는 1년 이상 건강 문제가 지속되었거나 지속될 것으로 예상되기 때문입니까?**

- 예  
 아니오

나머지 질문에 대해서는 귀하의 답변에 가장 가까운 선택 사항을 선택하십시오. 해당 문항으로 바로가라는 지시가 없는 한 다음 행에 있는 문항으로 진행하십시오.

	설명에 따라 각 문항에 대해 답변하십시오.		
	예	아니오	모르겠음
<b>Q4. 귀하의 자녀가 현재 또래의 대부분의 어린이보다 더 많은 <u>의학적 치료</u>, <u>정신적 치료</u>, 또는 <u>교육 서비스</u>를 받고 있거나 <u>필요로 합니까?</u></b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 5로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 5로 바로가기
4a. [예인 경우] 그 이유는 <u>의학적</u> , <u>행동적</u> 또는 기타 건강상의 이유 때문입니까?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 5로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 5로 바로가기
4b. [예인 경우] 그러한 상태가 <u>적어도</u> 1년 지속되었거나 지속될 것으로 예상됩니까?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>Q5. 자녀가 또래의 대부분의 어린이에 비해 <u>행동</u>이나 <u>사고</u>를 하는 능력이 <u>제한</u>되었거나 <u>금지</u>되어 있습니까?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 6로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 6로 바로가기
5a. [예인 경우] 그 이유는 <u>의학적</u> , <u>행동적</u> 또는 기타 건강상의 이유 때문입니까?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 6로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 6로 바로가기
5b. [예인 경우] 그러한 상태가 <u>적어도</u> 1년 지속되었거나 지속될 것으로 예상됩니까?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>Q6. 자녀가 <u>의학적 치료</u>나 <u>작업적 요법</u>과 같은 <u>특별 치료</u> 또는 <u>언어 치료</u>를 받거나 <u>필요로 합니까?</u></b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 7로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 7로 바로가기
6a. [예인 경우] 그 이유는 <u>의학적</u> , <u>행동적</u> 또는 기타 건강상의 이유 때문입니까?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 7로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 7로 바로가기
6b. [예인 경우] 그러한 상태가 <u>적어도</u> 1년 지속되었거나 지속될 것으로 예상됩니까?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>Q7. 자녀에게 <u>감정</u>, <u>발달</u> 또는 <u>행동</u>상의 문제가 있습니까?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 8로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 8로 바로가기
Q7a. [예인 경우] 그러한 문제에 대해 <u>치료</u> 또는 <u>상담</u> 을 받거나 <u>치료</u> 또는 <u>상담</u> 을 <u>필요로 합니까?</u>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Q 8로 바로가기	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Q 8로 바로가기
Q7b. [예인 경우] 그러한 문제가 <u>적어도</u> 1년 지속되었거나 지속될 것으로 예상됩니까?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>Q8. 자녀에게 <u>특별한 절차</u>를 거치도록 <u>예정</u>된 <u>치료 항목</u>이 있습니까? 그러한 절차에는 <u>화학 요법</u>, <u>수술</u>, <u>알레르기 예방주사</u>, 기타 <u>치료법</u> 등이 포함됩니다.</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

질문 사항은 위와 같습니다. 가정 내 어린이 한 명당 한 부씩 양식을 작성하여 주십시오. 제공된 봉투에 작성한 양식을 넣어 반송해 주십시오.