

# DC Healthy Families

## 관리 의료(Managed Care) 프로그램

**개인 건강 평가 양식:** 귀하와 가족의 건강을 돌보는 건강 플랜을 위하여, 귀하와 가족 구성원에 관한 다음 질문에 답해 주시기 바랍니다. 여백이 더 필요하시면, 다른 종이를 덧붙여 사용하십시오.

세대주명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

메디케이드 번호: \_\_\_\_\_ 사회보장 번호: \_\_\_\_\_

1. 귀하나 가족 구성원 중 다음달 진료 예약을 한 사람이 있습니까?  
예라면 아래 양식을 작성하십시오.

가족 구성원명	의사명	진료 날짜

2. 귀하나 가족 구성원 중 의사가 처방한 약을 복용하고 있는 사람이 있습니까?  
예라면 아래 양식을 작성하십시오.

가족 구성원명	약제명	복용 만료일

3. 귀하나 가족 구성원 중 가정 간호를 받고 있는 사람이 있습니까? 예라면 아래 양식을 작성하십시오.

가족 구성원명	간호 유형 (가정 간호 기관 등)

4. 귀하나 가족 구성원 중 임신중인 사람이 있습니까? 예라면 아래 양식을 작성하십시오.

가족 구성원명	의사명	분만 예정일

5. 귀하나 가족 구성원이 마지막으로 의사 진찰을 받은 날은 언제입니까? 아래 양식을 작성해 주십시오.

가족 구성원명	의사명	진료 날짜

6. 귀하나 가족 구성원이 마지막으로 치과 진찰을 받은 날은 언제입니까? 아래 양식을 작성해 주십시오.

가족 구성원명	치과의사명	진료 날짜

7. 귀하와 가족에 관해 건강 플랜에서 알아야 하는 건강문제나 병원치료 사실이 있습니까? 예라면 아래 양식을 작성하십시오.

가족 구성원명	건강 문제 대처에 대한 설명

제공해 드린 봉투에 양식을 넣어 반환해 주십시오-우표를 붙일 필요는 없습니다. 또는 상담전화

202-639-4030 으로 연락해 주십시오.

감사합니다.