

# DC Healthy Families

## Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý

---

**MẪU ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE CÁ NHÂN:** Để giúp cho chương trình sức khỏe có thể chăm sóc quý vị và gia đình, xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau cho quý vị và mỗi thành viên trong gia đình. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, xin đính kèm thêm giấy.

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

Số Medicaid \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội #: \_\_\_\_\_

1. Quý vị hay thành viên gia đình có lịch hẹn với bác sĩ trong tháng tới không?

Nếu CÓ, hãy điền mẫu bên dưới:

Tên thành viên gia đình	Tên bác sĩ	Ngày hẹn

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

Nếu CÓ, hãy điền mẫu bên dưới:

Tên thành viên gia đình	Tên thuốc	Ngày hết thuốc

3. Quý vị hay thành viên gia đình có được chăm sóc tại nhà không? Nếu CÓ, hãy điền mẫu bên dưới:

Tên thành viên gia đình	Loại chăm sóc (cơ quan y tế tại gia, v.v...)

4. Quý vị hay thành viên gia đình có đang mang thai không? Nếu CÓ, hãy điền mẫu bên dưới:

Tên thành viên gia đình	Tên bác sĩ	Ngày sinh dự kiến

5. Lần cuối cùng quý vị hay thành viên gia đình đi khám bác sĩ là khi nào? Điền mẫu bên dưới:

Tên thành viên gia đình	Tên bác sĩ	Ngày hẹn

6. Lần cuối cùng quý vị hay thành viên gia đình đi khám nha sĩ là khi nào? Điền mẫu bên dưới:

Tên thành viên gia đình	Tên nha sĩ	Ngày hẹn

7. Có những vấn đề sức khỏe hay điều trị y tế mà chương trình sức khỏe cần biết về quý vị hay thành viên gia đình hay không? Nếu CÓ, hãy điền mẫu bên dưới:

Tên thành viên gia đình	Miêu tả điều trị cho vấn đề sức khỏe

*Gửi trả trong phong bì được cung cấp – không cần dán tem. Hay gọi đường dây hỗ trợ, 202-639-4030.*

*XIN CẢM ƠN*