

新會員健康資訊表

為幫助確保您能夠獲得可能需要的護理，這份健康信息表包含在您的歡迎材料中。此表格的返回是自願的。您不會因為您的保密回答而被拒絕護理。如有疑問，或通過電話填寫此表格，請致電 **650-616-2133** (週一至週五上午 8 點至下午 6 點)。TTY 用戶：**1-800-735-2929**。

會員信息

會員姓名: _____ 出生日期: _____
電話號碼: _____ 填表人姓名: _____

1. 您未來 60 天內是否需要看醫生? 是 否
若回答是，您是否需要有人協助您預約時間? 是 否
若回答是，您是否需要有人協助您前往就診地點? 是 否
2. 您每天服用多少處方藥?
3. 您是否因為精神健康狀況而定期看醫生，例如抑鬱症、躁鬱症或精神分裂症? 是 否
4. 您過去 12 個月是否曾到急診室就診至少兩次? 是 否
5. 您過去 12 個月是否曾經住院? 是 否
6. 您目前是否需要個人護理協助，例如洗澡、穿衣或更換繃帶? 是 否
7. 您是否正在使用醫療設備或用品，例如病床、輪椅、助行器、氧氣或造口袋? 是 否
若回答是，您是否需要有人協助您取得更多用品? 是 否
8. 您是否懷有身孕? 是 否
若回答是，您是否為這次懷孕而在看醫生? 是 否
9. 您是否因為慢性疾病而定期看醫生? 是 否
若回答是，請勾選所有適用項目：

哮喘	糖尿病	高血壓	腎病	鐮狀細胞貧血症
癌症	心臟疾病	HIV 或 AIDS	癲癇	結
囊泡性纖維症	肝炎	其它	_____	

10. 這些疾病是否限制了您的活動或可以做的事情? 是 否

我了解以上這些資訊都會提供給聖馬刁健康計劃。若我變更加州低收入醫療保險 (白卡) 管理式護理計劃，這份表格將提供給我參加新的計劃。

簽名: _____ 簽名日期: _____

若非由受益人簽名，請註明關係: _____
未成年人的家長 監護人
其他代理人 _____

請將本表用隨附郵資已付
的回郵信封寄回:

Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100,
South San Francisco, CA 94080