



Форма с медицинской информацией

Partnership будет использовать настоящую форму для того, чтобы гарантированно предоставлять вам необходимое медицинское обслуживание.

При возникновении вопросов просим вас звонить в Partnership по телефону **(800) 863-4155**, пн. – пт., с 8 а.м. до 5 р.м. Пользователям ТТУ следует набирать **(800) 735-2929**.

Просим вас обвести все применимые к вам варианты ответа. Заполните по одной форме на каждого члена вашей семьи, кто впервые оформил подписку на участие в Partnership.

Просим вас вернуть данную заполненную форму в предоставленном (желтом) конверте или направить отдельным письмом
Кому: Q&A Research Inc
#357, 22052 W 66th St.
Shawnee, KS 66226-9905

Заполнение данной формы является добровольным. Ваши конфиденциальные ответы не станут поводом для отказа вам в медицинском обслуживании.

Имя и фамилия участника плана Partnership: _____

Дата рождения: _____ **Ид. № участника Medi-Cal:** _____

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Требуется ли вам прием у врача в течение ближайших 60 дней? | ДА | НЕТ |
| 2. Вы принимаете 3 или более рецептурных препаратов в день? | ДА | НЕТ |
| 3. Вы регулярно обращаетесь к врачу по поводу состояния психического профиля, такого как депрессия, биполярное расстройство или шизофрения? | ДА | НЕТ |
| 4. Вы обращались в пункт оказания неотложной помощи 2 или более раз за последние 12 месяцев? | ДА | НЕТ |
| 5. У вас были факты госпитализации за последние 12 месяцев? | ДА | НЕТ |
| 6. Вам потребовалась помощь в вопросах личной гигиены, например, в купании, одевании или перевязке за последние 6 месяцев? | ДА | НЕТ |
| 7. Вы пользуетесь медицинским оборудованием или принадлежностями, такими как больничная кровать, инвалидное кресло, ходунки, кислородная подушка или калоприемник? | ДА | НЕТ |
| 8. У вас имеется состояние, которое ограничивает вашу активность или Физические возможности? | ДА | НЕТ |
| 9. Вы беременны? | ДА | НЕТ |
| 9а. Если да, вы в настоящее время наблюдаетесь у врача по поводу беременности? | ДА | НЕТ |
| 10. Вы пользуетесь наблюдением врача в связи с хроническим состоянием? | ДА | НЕТ |

Если да, обведите все подходящие варианты:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| a. Астма / проблемы с легкими | b. Проблемы с сердцем | c. Диабет |
| d. ВИЧ или СПИД | e. Почечная недостаточность | f. Судорожные припадки |
| g. Другое _____ | | |

Эти ответы будут отправлены в Partnership. Если вы считаете, что вам требуется прием у врача до того, как с вами свяжется представитель Partnership, вам следует обратиться к врачу или в больницу.

Обращаем ваше внимание на то, что если вы смените план медицинского страхования и мы получим запрос, Partnership предоставит данную форму с медицинской информацией новому плану, который будет вас обслуживать.

Подпись лица,

заполнившего форму: _____

Дата подписи: _____

Если подписывает не получатель льгот, указать, кем приходится: Родитель / опекун / Другой представитель

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО