

Partnership HealthPlan of California

Form ng Pagtataasa sa Panganib sa Kalusugan ng Mga Bata

Maglaan ng ilang minuto para sagutan ang form na ito para tulungan kaming malaman ang tungkol sa mga pangangailangan sa kalusugan at kapakanan ng iyong anak. Gusto naming gamitin ang mga sagot na ito para makatulong sa iyong makuha ang tamang pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Kung sa tingin mo ay kailangan mong magpatingin sa isang doktor bago ka tawagan ng Partnership, dapat kang pumunta sa doktor o ospital sa oras na iyon.

Boluntaryo ang pagsagot sa form na ito. Hindi namin tatanggihan ang iyong pangangalaga dahil sa paraan ng pagsagot mo.

Kung mayroon kang mga tanong, tumawag sa Partnership sa: **(800) 809-1350** Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8 a.m. – 5 p.m. Dapat i-dial ng mga gumagamit ng TDD ang: (800) 735-2929

Mangyaring ipadala ang nakumpletong form na ito sa:

Partnership HealthPlan of California
c/o Care Coordination
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4502

Pangalan ng Miyembro ng Partnership CCS: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____ ID Number sa Medi-Cal: _____

1. Sino ang sumasagot sa mga tanong sa survey na ito?

- Nanay Tatay Lolo o Lola Foster Parent Sarili
 Iba Pang Kapamilya: _____ Iba Pa: _____

2. Anong wika ang gusto mo?

- Ingles Spanish Tagalog Russian Iba pa: _____

3. Nahahirapan ba ang iyong anak sa alinman sa mga sumusunod? (Piliin ang **N/A** kung hindi mo inaasahang magagawa ito ng ibang bata sa ganitong edad nang mag-isa lang siya)

Pag-aalaga sa kanyang sarili, gaya ng:

- | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Pagpapakain sa kanyang sarili (pagpapakain) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Paliligo o paghihilamos (paliligo) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagsusuot ng damit (pagbibihis) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagpunta sa banyo (pagbabanyo) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagpunta sa banyo sa tamang oras/nang walang “aksidente” (pagpigil sa pag-ih) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |

Pagiging aktibo, tulad ng:

- | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Paglalakad (kakayahang mag-iba ng lokasyon) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagtayo mula sa kama o upuan (paglipat) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pag-akyat sa hagdanan | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |

Pagpapakita ng kakayahang mag-isa sa pamamagitan ng:

- | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Paglabas para bumisita sa kapamilya o mga kaibigan | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |
| Pagpasok sa paaralan o trabaho | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> N/A |

Pagkuha ng mga appointment sa doktor o dentista Oo Hindi N/A
 Paggamit sa telepono, tablet, o computer Oo Hindi N/A
 Iba pa _____ Oo Hindi N/A

4. Kumukuha ka ba ang iyong anak ng mga serbisyo o pangangalaga mula sa isang Center na Panrehiyon na nag-aalaga ng mga taong may mga kapansanan sa paglaki?
 Oo Hindi Hindi nakakatiyak

Ano ang pangalan ng center kung saan ka pumupunta? _____

5. Tumatanggap ba ang iyong anak ng alinman sa mga sumusunod na serbisyo? (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

Speech Therapy
 Saan ito tinatanggap? Bahay Paaralan MTP/MTU
 Iba pa _____

Physical Therapy
 Saan ito tinatanggap? Bahay Paaralan MTP/MTU
 Iba pa _____

Occupational Therapy
 Saan ito tinatanggap? Bahay Paaralan MTP/MTU
 Iba pa _____

Respiratory Therapy
 Saan ito tinatanggap? Bahay Paaralan
 Iba pa _____

Mga Serbisyo ng Pag-aalaga
 Saan ito tinatanggap? Bahay Paaralan Oras/araw bawat linggo? _____
 Iba pa _____

Mental o Behavioral Therapy
 Saan ito tinatanggap? Bahay Paaralan
 Iba pa _____

Plano ng Pagtuturong Iniangkop sa Indibidwal (Individualized Education Plan, IEP) o 504 Plan o iba pang suporta sa pag-aaral?
 Alin sa (mga) ito? IEP 504
 Pangalan ng Paaralan _____

Iba pang serbisyong pansuporta (Respite na Pangangalaga, Palliative na Pangangalaga, atbp.)
 Pakipaliwanag _____
 Saan ito tinatanggap? Bahay Paaralan
 Iba pa _____

6. Sa pangkalahatan, masasabi mo bang ang kalusugan ng iyong anak ay
 Lubos na Malusog Napakalusog Malusog Medyo malusog Hindi Malusog

7. Mayroon bang anumang allergy ang iyong anak?

(Mga) pagkain (pakitukoy) _____
 Kapaligiran (batay sa season, alikabok, polusyon, atbp.)

(pakitukoy) _____
 (Mga) gamot (pakitukoy) _____

Walang Alam na Allergy

14. Nasabihan ka na ba ng isang medikal na propesyonal na mayroon ng alinman sa mga sumusunod na problema ang iyong anak? Para sa bawat problema, lagyan ng check kung isa itong problema ngayon o problema sa nakaraan.

	Kasalukuyan	Nakaraan
Hika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cystic Fibrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakadepende sa Ventilator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba Pang Kundisyon ng Baga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Congenital Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba Pang Kundisyon ng Puso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Para/Quadriplegia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga Seizure/Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba Pang Neurological na Kundisyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Muscular Dystrophy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Mga) baling buto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba pang disorder ng buto o mga kalamnan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Ostomy/G-tube/Colostomy/Urostomy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohn's Disease/Ulcerative Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiac Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba pang kundisyon ng GI/tiyan/pagtunaw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Sickle Cell Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemophilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba Pang Kundisyon ng Dugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immune Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		

	Kasalukuyan	Nakaraan
Sakit sa Bato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagda-dialysis ba ang iyong anak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kundisyon ng Atay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga Genetic na Kundisyon, ibig sabihin, Down Syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Mga Pagkaantala ng Pagtangkad / Paglaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga Kapansanan sa Kapanganakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Kulang sa Timbang / Hindi Tumataba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga Problem sa Pandinig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga Problem sa Paningin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga Problem sa Pagsasalita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga Migraine / Pananakit ng Ulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pagkalason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba pa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano ang (mga) kundisyon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Nangangailangan ba ng espesyalista ang iyong anak para magbigay ng pangangalaga para sa alinman sa mga kundisyong ito?

- Oo
 - Aling (mga) kundisyon _____
- Hindi – mayroon nang (mga) provider ang aking anak para sa lahat ng kanyang pangangailangan
 - Pangalan/Espesyalidad _____
 - Pangalan/Espesyalidad _____
 - Pangalan/Espesyalidad _____
- Hindi – hindi kailangan ng espesyalista ng aking anak para sa kanyang kundisyon

16. Sino ang mga medikal na provider ng iyong anak?

- ◇ Provider ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) sa iyong komunidad
 - Walang provider
 - Pangalan ng Provider: _____
 - Telepono ng Provider: _____
 - Huling Appointment: Petsa: _____
 - Susunod na Appointment: Petsa: _____

- ◇ Center ng Espesyalidad na Pangangalaga
 - N/A
 - Pangalan ng Pasilidad: _____
 - Telepono ng Pasilidad: _____
 - Huling Appointment: Petsa: _____
 - Susunod na Appointment: Petsa: _____
- ◇ Regular na Pangangalaga sa Ngipin
 - Walang provider
 - Pangalan ng Provider: _____
 - Telepono ng Provider: _____
 - Huling Appointment: Petsa: _____
- ◇ Regular na Pangangalaga sa Paningin
 - Walang provider
 - Pangalan ng Provider: _____
 - Telepono ng Provider: _____
 - Huling Appointment: Petsa: _____
- ◇ Tuloy-tuloy na pangangalaga mula sa Espesyalista ng Kalusugan ng Pag-iisip o Pag-uugali
 - N/A
 - Pangalan ng Provider: _____
 - Telepono ng Provider: _____
 - (Mga) kundisyong ginagamot: _____

Ang aking anak ay hindi kumukuha ng regular na pangangalaga mula sa sinumang provider

◇ Kailangan mo ba ng tulong sa pagpili ng provider para sa iyong anak?

Oo Hindi Hindi Alam

17. Dahil sa mga medikal na kundisyon ng iyong anak, siya ba ay may napalampas nang mga aktibidad, lumiban sa trabaho, o paaralan sa nakaraang taon? Kung mayroon, pakilarawan:

18. Ano ang pinakamainam na oras ng araw (Lunes hanggang Biyernes, 7:30 am hanggang 5:30 pm) na tatawag sa iyo para talakayin nang mas detalyado ang mga pangangailangan ng iyong anak?

Lagda ng Taong

Sumagot sa Form: _____ Petsa ng Paglagda: _____

Salamat sa iyong oras sa pagsagot sa form na ito.

KUMPIDENSYAL