




Pagtatasa ng Panganib sa Kalusugan (Health Risk Assessment; HRA) ng HPSM

INTRODUKSIYON

Salamat sa pagsagot sa Pagtatasa ng Panganib sa Kalusugan (Health Risk Assessment; HRA) ng HPSM. Aabot nang humigit-kumulang 20 minuto ang pagkumpleto sa pagtatasa. Ang mga sagot ninyo sa mga tanong na ito ay tutulong sa amin na maunawaan ang katayuan ng inyong pangangalaga sa kalusugan at mga pangangailangan. Dahil dito, matitiyak namin na makukuha ninyo ang anumang mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan o supply na maaaring kailangan ninyo. Pagkatapos ninyong sagutan ang HRA, gagawa ang HPSM ng plano sa pangangalaga para lang sa inyo. Maaari kayong sumali sa pulong kung saan sisimulan namin ang paggawa sa planong ito. Matitiyak nito na kasama sa plano ninyo ang lahat ng inyong kailangan. Maaaring kasama rito ang inyong mga gamot, mga pagpapatingin sa doktor, ehersisyo, at higit pa. Puwede ninyong suriin ang plano sa pangangalaga kasama ng inyong doktor sa pangunahing pangangalaga at maaari rin kayong makipag-ugnayan sa HPSM para sa anumang kailangan ninyo. Ganap na kumpidensyal ang inyong HRA at plano sa pangangalaga. Kung may mga tanong kayo, tumawag sa **650-616-5035** o sa **1-888-783-3035** (toll free). Kami ay bukas nang Lunes – Biyernes, 8:00 am - 5:00 pm.

Mangyaring kumpletong punan ang bilog gaya ng halimbawang ito:

Tama	Mali
	

Magsisimula ang survey sa pahina 2 

Petsa Ngayon

Personal na Impormasyon

1. Pakibigay ang inyong personal na impormasyon.

Pangalan ng miyembro Petsa ng kapanganakan Numero ng telepono sa bahay Numero ng ID ng miyembro ng HPSM Numero ng cellphone Alternatibong numero ng telepono Email address:

2. Sino ang sumagot sa survey na ito?

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sarili (Miyembro) | <input type="radio"/> Kinatawan | <input type="radio"/> Kapamilya/kamag-anak | <input type="radio"/> Tagapag-alaga |
| <input type="radio"/> Kaibigan | <input type="radio"/> Iba pa <input type="text"/> | | |

3. Paano kinumpleto ang survey?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ipinadala ng Miyembro/Tagapag-alaga/Kinatawan | <input type="radio"/> Kinumpleto sa pamamagitan ng telepono | <input type="radio"/> Kinumpleto nang personal |
|---|---|--|

Nagpapatuloy ang survey sa pahina 3 

Pangangalaga sa Kalusugan

4. Kailangan ba ninyo ng tulong sa pagsagot sa mga tanong habang bumibisita sa doktor?

Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

5. Kailangan ba ninyo ng tulong sa pagsagot ng mga form para sa kalusugan?

Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

6. Paano ninyo pupuntusan ang pangkalahatan ninyong kalusugan sa nakalipas na 4 na linggo?

Napakasama Masama Maganda Napakaganda
 Ubod ng ganda Hindi alam Ayaw sumagot

7. Alin o sinong tagabigay ng serbisyo/doktor/klinika ang pinakamadalas ninyong puntahan?

Pangalan ng tagabigay ng serbisyo/doktor/klinika

Hindi alam Ayaw sumagot

8. Ang tagabigay ng serbisyo ba na nakalista sa itaas ay isang PCP, Espesyalista, o Klinika?

PCP Espesyalista Klinika
 Hindi alam Ayaw sumagot

Pangangalaga sa Kalusugan *Pagpapatuloy*

9. Mayroon ba kayong anumang nalalapit na mga appointment ng pangangalaga sa kalusugan kung saan makakatulong ang HPSM sa pagsasaayos?

<input type="radio"/> Mayroon	<input type="radio"/> Wala	<input type="radio"/> Hindi alam	<input type="radio"/> Ayaw sumagot
-------------------------------	----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

10. Kayo ba ay NANGANGAILANGAN NG TULONG ngayon sa pagkuha ng alinman sa mga sumusunod na serbisyo o supply?

	Oo	Hindi	Hindi alam	Ayaw sumagot
Pangangalaga ng Bibig/Ngipin (pustiso, cavities, paglilinis, kirot, atbp.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pangangalagang ng Espesyalista (puso, baga, kirot, kalusugan ng isip, atbp.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pangingin (salamin sa mata, contacts atbp.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pandinig (mga kagamitang pantulong sa pandinig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mga Gamot (inireseta ng inyong tagabigay ng serbisyo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sekswal na Pangangalaga sa Kalusugan (OB/GYN, pagpapalano ng pamilya, urology, atbp.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mga Supply sa Incontinence (mga pang-adult na diaper) at/o Paggamot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mga Medikal na Kagamitan at/o Supply (tungkod, walker, wheelchair, pangangalaga sa diabetes, presyon ng dugo, pangangalaga sa sugat, oxygen, atbp.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mga Serbisyo ng Interpreter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pangangalaga sa Kalusugan *Pagpapatuloy***11. Kailangan ba ninyo ng tulong sa pag-inom ng inyong mga gamot?** Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot**12. Alam ba ninyo kung ano ang gagawin kapag may emergency (sunog, lindol, pangyayari sa pampublikong kalusugan, atbp.)?** Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot**13. May plano ba kayo para sa inyong pangangalaga sa kalusugan kung hindi na ninyo kayang gumawa ng mga desisyon?** Mayroon Wala Hindi alam Ayaw sumagot**13a. Kung hindi, may tao ba na magdedesisyon para sa inyo, gaya ng inyong legal na kinatawan, o kaya ba ninyong magdedesisyon?** Kaya kong magdedesisyon May tumutulong sa akin na magdedesisyon Hindi alam Ayaw sumagot**13b. Kung mayroon kayong kinatawan, o taong gagawa ng mga pagkilos sa ngalan ninyo, maibibigay ba ninyo ang kanyang pangalan at pinakamainam na numero sa pagkontak?**Pangalan Numero ng
Telepono Relasyon sa miyembro

Sitwasyon ng Pamumuhay

14. Ano ang inyong sitwasyon sa pamumuhay ngayon?

Mayroon akong regular na tirahan (*Pumili ng isang nalalapat*)

Sa sasakyan o sa mobile na tirahan

Ospital, pasilidad ng paggamot (treatment facility) o nursing home (tahanan para sa pangangalaga)

Hotel o motel

Bahay, apartment, o trailer

Nagrerenta ng kuwarto nang may kasama/ mag-isa sa isang assistance type na pasilidad

Mayroon akong regular na tirahan ngunit nag-aalala ako sa pagkawala nito sa hinaharap.

Wala akong regular na tirahan (nakatira sa bahay ng iba, sa isang hotel, sa isang shelter, nakatira sa labas sa kalye, sa tabing dagat, sa isang kotse, sa parke)

Hindi alam

Ayaw sumagot

15. Isipin ang lugar kung saan kayo nakatira. May problema ba kayo sa alinman sa mga sumusunod?

(Piliin lahat ng naaangkop)

Mga peste gaya ng mga insekto, langgam, o daga

Lead na pintura o tubo

Hindi gumagana ang oven o kalan

Mga tagas ng tubig

Amag

Kakulangan ng init

Wala o hindi gumagana ang mga smoke detector

Wala sa nabanggit sa itaas

Hindi alam

Ayaw sumagot

Sitwasyon ng Pamumuhay *Pagpapatuloy*

16. Ang tirahan ba ninyo ay mayroong:	Mayroon	Wala	Hindi nalalapat sa lugar na tinitirahan ko	Hindi alam	Ayaw sumagot
Barandilya para sa anumang hagdan o rampa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lugar na magagamitan ng wheelchair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hagdang magagamit sa pagpasok sa inyong tahanan o hagdan sa loob ng inyong tahanan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pintuang palabas na naikakandado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Madadaanang lugar para makalabas sa inyong tahanan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maayos na pailaw	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maayos na pagpapainit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maayos na pagpapalamig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mainit na tubig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banyo sa loob	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


17. May kinatatakutan ba kayong tao o may nananakit ba sa inyo?

 Mayroon

 Wala


 Hindi alam

 Ayaw sumagot

 Nagpapatuloy ang survey sa pahina 8 

Pag-iral

18. Apektado ba kayo ng alinman sa mga sumusunod na isyu?	Oo	Hindi	Hindi alam	Ayaw sumagot
Paningin: Nababangga ba kayo sa mga bagay sa inyong bahay?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pandinig: May nagmungkahi na ba sa inyo na ipasuri ang inyong pandinig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalusugan ng bibig: May mga alalahanin ba kayo tungkol sa inyong ngipin/bibig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nagpapatuloy ang survey sa pahina 9 

Pag-iral *Pagpapatuloy*

19. Kailangan ba ninyo ng tulong para sa alinman sa mga gawaing ito?	Oo	Hindi	Hindi alam	Ayaw sumagot
Paliligo o pagsha-shower	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pag-akyat o pagbaba sa hagdan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paghahanda o pagluluto ng pagkain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pamimili at pagkuha ng pagkain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagkain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagbibihis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagsusuklay ng buhok, pagsisipilyo, pag-aahit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagtayo mula sa kama o upuan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paggamit ng kubeta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paglalakad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paghuhugas ng pinggan o paglalaba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paghahanda ng tseke o pagsubaybay sa pera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagsakay papunta sa doktor o para makipagkita sa inyong mga kaibigan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paggawa ng mga gawain sa bahay o sa bakuran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paglabas para bumisita sa mga kapamilya o kaibigan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paggamit ng telepono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pagsubaybay sa mga appointment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pag-iral *Pagpapatuloy*

20. Kung sumagot kayo ng oo sa alinmang gawain sa nakaraang tanong, natatanggap ba ninyo ang lahat ng tulong na kailangan ninyo para sa lahat ng gawaing ito?

Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

21. Mayroon ba kayong mga kamag-anak o ibang tao na handa at kayang tulungan kayo sa oras na kailangan ninyo ito?

Mayroon Wala Hindi alam Ayaw sumagot

22. Naisip ba ninyong nahihirapan ang tagapag-alaga ninyo na maibigay sa inyo ang lahat ng tulong na kailangan ninyo?

Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

23. Natatakot ba kayong matumba?

Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

24. Natumba ba kayo nitong nakaraang buwan?

Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

Mga Utilidad/Pinansya

25. May gumagamit ba ng inyong pera nang wala ang inyong pahintulot?

Mayroon

Wala

Hindi alam

Ayaw sumagot

26. Nauubusan ba kayo ng pera kung minsan para sa pagbabayad ng pagkain, renta, bayarin, at gamot?

Oo

Hindi

Hindi alam

Ayaw sumagot

27. Sa nakalipas na 12 buwan, nag-alala kayo na baka kayo maubusan ng pagkain bago pa kayo magkaroon ng perang pambili.

Madalas nangyayari

Paminsan-minsan ay nangyayari

Hindi nangyayari

Hindi alam

Ayaw sumagot

28. Sa nakalipas na 12 buwan, hindi sapat ang pagkaing binibili ninyo at wala kayong perang pandagdag.

Madalas nangyayari

Paminsan-minsan ay nangyayari

Hindi nangyayari

Hindi alam

Ayaw sumagot

Transportasyon

29. Ano ang inyong pangunahing paraan ng transportasyon?

 Kotse Bus/Pampublikong sasakyan Taxi/Ride-share Bisikleta Paglalakad Hindi alam Ayaw sumagot

30. Ipinagpapaliban ba ninyo o pinapabayaan ang pagpunta sa doktor dahil sa layo o transportasyon?

 Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

31. Naging dahilan ba ang kakulangan sa transportasyon para hindi kayo makapunta sa inyong mga medikal na appointment, sa pulong, sa trabaho, o sa pagkuha ng mga bagay-bagay na kailangan para sa araw-araw na pamumuhay?

 Oo Hindi Hindi nalalapat sa akin Hindi alam Ayaw sumagot

Wellness

32. Nag-eehersisyo ba kayo sa loob ng 2 hanggang 3 oras bawat linggo
(mabilis na paglakad sa loob ng 30 minuto kada araw, 5 araw kada linggo)?

Oo
 Hindi
 Hindi alam
 Ayaw sumagot

33. Gaano nakakasagabal ang KIROT sa kakayahan ninyong kumumpleto ng mga pang-araw-araw na gawain?

1 (Walang epekto)
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 (Palagi)

Hindi alam
 Ayaw sumagot

34. Gaano nakakasagabal ang PAGOD sa kakayahan ninyong kumumpleto ng mga pang-araw-araw na gawain?

1 (Walang epekto)
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 (Palagi)

Hindi alam
 Ayaw sumagot

35. Sa nakaraang buwan (30 araw), ilang araw kayo nakaramdam ng kalungkutan?

Wala
 Mas kaunti sa 5 araw
 Mahigit sa 15 araw
 Halos araw-araw

Hindi alam
 Ayaw sumagot

36. Sa nakalipas na dalawang linggo (14 araw), gaano kayo kadalas nawalan ng gana o interes sa paggawa ng mga bagay-bagay?

Wala
 Mas kaunti sa 5 araw
 Mahigit sa 7 araw
 Halos araw-araw

Hindi alam
 Ayaw sumagot

Wellness Pagpapatuloy

37. Sa nakalipas na dalawang linggo (14 araw), gaano kayo kadalas nakaramdam ng pagkalugmok, depresyon, o kawalan ng pag-asa?

<input type="radio"/> Wala	<input type="radio"/> Mas kaunti sa 5 araw	<input type="radio"/> Mahigit sa 7 araw	<input type="radio"/> Halos araw-araw
		<input type="radio"/> Hindi alam	<input type="radio"/> Ayaw sumagot

38. May mga naging pagbabago ba sa inyong pag-iisip, memorya, o pagdedesisyon?

<input type="radio"/> Mayroon	<input type="radio"/> Wala	<input type="radio"/> Hindi alam	<input type="radio"/> Ayaw sumagot
-------------------------------	----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

39. Kasalukuyan ba kayong gumagamit ng anumang produktong tabako (sigarilyo, vape, chew)?

<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi	<input type="radio"/> Hindi alam	<input type="radio"/> Ayaw sumagot
--------------------------	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Kung oo, gumagamit ako ng (mga) sumusunod na produktong tabako: (Piliin ang lahat ng nalalapat)

Sigarilyo
 Vape
 Chew

40. May kasama ba kayo sa bahay sa kasalukuyan na gumagamit ng anumang produktong tabako (sigarilyo, vape, chew)?

<input type="radio"/> Oo	<input type="radio"/> Hindi	<input type="radio"/> Hindi alam	<input type="radio"/> Ayaw sumagot
--------------------------	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Kung oo, may kasama ako sa bahay na gumagamit ng (mga) sumusunod na produktong tabako: (Piliin ang lahat ng nalalapat)

Sigarilyo
 Vape
 Chew

Wellness *Pagpapatuloy***41. Gaano kadalas kayong umiinom ng inuming nakalalasing?**

<input type="radio"/> Hindi kailanman	<input type="radio"/> Isang beses bawat buwan o mas madalang	<input type="radio"/> 2 hanggang 4 beses bawat buwan	<input type="radio"/> 2 hanggang 3 beses bawat linggo
<input type="radio"/> 4 beses o higit pa bawat linggo	<input type="radio"/> Hindi alam	<input type="radio"/> Ayaw sumagot	

42. May nagkomento na ba sa inyong pag-inom, paninigarilyo, at/o paggamit ng droga?

<input type="radio"/> Mayroon	<input type="radio"/> Wala	<input type="radio"/> Hindi alam	<input type="radio"/> Ayaw sumagot
-------------------------------	----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Tungkol sa Inyo

43. Kayo ba ay beterano ng Sandatahang Lakas ng U.S.?

 Oo Hindi Hindi alam Ayaw sumagot

44. Mayroon ba kayong anumang agarang pangangailangan na gusto ninyong i-follow up namin?

 Mayroon Wala Hindi alam Ayaw sumagot

44a. Kung oo, ibigay ang inirerekomenda ninyong impormasyon ng pagkontak:

Telepono:

Salamat sa pagkuha ng survey.