

SỐ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ CỦA TRẺ EM: \_\_\_\_\_

NGÀY ĐIỀN VÀO MẪU ĐƠN: \_\_\_\_\_

TÊN MCO: \_\_\_\_\_

TÊN NHÂN VIÊN MÔI GIỚI: \_\_\_\_\_

10-17/

18-19/

20-21/

22-25/

26-40/

1-6/

BATCH 7-9/

# Nhu cầu Chăm sóc Sức khỏe Trẻ em của DC Medicaid

HÃY ĐIỀN VÀO MẪU ĐƠN CHO MỖI TRẺ EM TRONG GIA ĐÌNH CỦA BẠN .

Hãy điền vào mẫu đơn này,  
thay mặt cho đứa trẻ sau đây  
(tên và số thẻ Bảo hiểm y tế):

THÔNG TIN VỀ CHỦ CỦA HỘ GIA ĐÌNH:	Hãy điền những thông tin sửa chữa/cập nhật dưới đây	THÔNG TIN TRẺ EM:	Hãy điền những thông tin sửa chữa/cập nhật dưới đây
HỌ TÊN (HỌ, TÊN ĐỆM, TÊN):		HỌ TÊN (HỌ, TÊN ĐỆM, TÊN)	
NGÀY SINH		ĐỊA CHỈ GIA ĐÌNH (ĐƯỜNG, SỐ NHÀ, THÀNH PHỐ, BANG, MÃ SỐ BƯU ĐIỆN)	
ĐỊA CHỈ GIA ĐÌNH (ĐƯỜNG, SỐ NHÀ, THÀNH PHỐ, BANG, MÃ SỐ BƯU ĐIỆN)		NGÀY SINH	
		SỐ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ	

Những câu hỏi sau sẽ được tổ chức quản lý chăm sóc (MCO) của bạn sử dụng để cải thiện những dịch vụ được cung cấp cho con cái của bạn. Hãy điền vào một trong những mẫu đơn này cho mỗi đứa trẻ trong gia đình của bạn. Để phục vụ cho khảo sát này, chúng tôi định nghĩa trẻ em là những cá nhân **dưới 21 tuổi**. Những câu trả lời của bạn sẽ giúp MCO đáp ứng những nhu cầu về chăm sóc sức khỏe cho các con của bạn.

**CH1. Đứa trẻ này có vấn đề sức khỏe nào hay điều trị y tế nào mà kế hoạch y tế của bạn cần biết hay không?**

 Có

 Không → Chuyển sang CH 2

1a. [NẾU CÓ] Hãy mô tả (vấn đề sức khỏe hoặc điều trị y tế): \_\_\_\_\_

**CH2. Đứa trẻ này có mang thai không?**

 Có

 Không → Chuyển sang CH 3

CH2a. [NẾU CÓ] Tên bác sỹ của đứa trẻ? \_\_\_\_\_

CH2b. Ngày sinh con dự kiến (nếu biết)? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (THÁNG / NGÀY / NĂM)

**CH3. Đứa trẻ này hiện nay có cần hoặc sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sỹ (ngoài vitamin) hay không?**

 Có

 Không → Chuyển sang CH 4

3a. [NẾU CÓ] Tên của những loại thuốc này là gì? [Hãy kiểm tra lọ thuốc nếu bạn không chắc chắn về tên thuốc.]

Hãy ghi rõ: \_\_\_\_\_

3b. Đứa trẻ này có cần hoặc sử dụng những loại thuốc này do một tình trạng sức khỏe đã kéo dài hoặc dự kiến kéo dài trong vòng **ít nhất** một năm không?

 Có

 Không

Đối với những câu hỏi còn lại, hãy kiểm tra các hộp kiểm dưới đây để mô tả đúng nhất câu trả lời của bạn. Hãy tiếp tục chuyển sang hàng tiếp theo cho mục tiếp theo trừ phi có hướng dẫn chuyển sang một mục khác.

	Kiểm tra mỗi mục dưới đây theo hướng dẫn		
	Có	Không	Không biết
<b>CH4. Con của bạn có cần hoặc sử dụng nhiều dịch vụ chăm sóc y tế, sức khoẻ tinh thần hoặc dịch vụ giáo dục nhiều hơn mức bình thường của phần lớn những đứa trẻ cùng độ tuổi hay không?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 5	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 5
4a. [NẾU CÓ] Có phải điều này là do một vấn đề y tế, hành vi hoặc một tình trạng sức khoẻ nào khác không?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 5	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 5
4b. [NẾU CÓ] Tình trạng này đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất một năm hay không?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>CH5. Con của bạn có bị hạn chế hoặc cản trở dưới bất kỳ hình thức nào trong khả năng thực hiện những việc mà phần lớn những đứa trẻ khác cùng độ tuổi có thể làm hay không?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 6	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 6
5a. [NẾU CÓ] Có phải điều này là do một vấn đề y tế, hành vi hoặc một tình trạng sức khoẻ nào khác không?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 6	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 6
5b. [NẾU CÓ] Tình trạng này đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất một năm hay không?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>CH6. Con của bạn có cần hoặc sử dụng liệu pháp điều trị đặc biệt, chẳng hạn như liệu pháp về thể chất, lao động hoặc phát ngôn hay không?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 7	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 7
6a. [NẾU CÓ] Có phải điều này là do một vấn đề y tế, hành vi hoặc một tình trạng sức khoẻ nào khác không?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 7	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 7
6b. [NẾU CÓ] Tình trạng này đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất một năm hay không?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>CH7. Con của bạn có bất kỳ vấn đề nào về tình cảm, phát triển hay hành vi hay không?</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 8	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 8
CH7a. [NẾU CÓ] Con của bạn có cần hoặc nhận được điều trị hay tư vấn về vấn đề này hay không?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> → Chuyển sang CH 8	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> → Chuyển sang CH 8
CH7b. [NẾU CÓ] Has this problem lasted, or is it expected to last, for at least one year?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
<b>CH8. Đứa trẻ này có những thủ tục y tế đặc biệt đã được sắp xếp vào chương trình hay không? Chẳng hạn như: hoá học trị liệu, phẫu thuật, tiêm dị ứng, hoặc bất kỳ liệu pháp điều trị nào.</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

Trên đây là tất cả những câu hỏi dành cho bạn. Hãy điền vào một mẫu đơn riêng cho mỗi đứa trẻ trong gia đình của bạn. Hãy gửi lại mẫu đơn này trong phong bì đã được cung cấp.