



✓ **METROPLUSHEALTH**
 رکن کی صحت کی سالانہ
 تشخیص کا فارم | ہمیں
 بتائیں کہ آپ کیسے ہیں۔

براہ کرم مکمل طور پر پُر کریں اور ہمیں درج ذیل پتہ پر واپس بھیج دیں:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

پہلا، آخری نام: _____ رکن کی آئی ڈی #: _____

ڈاک کا پتہ: _____

فون: _____ تاریخ پیدائش: _____ قد: _____ فٹ۔ _____ انچ۔ _____ وزن _____ پاونڈز۔

ترجیحی زبان: انگریزی ہسپانوی چینی کریول اردو بنگالی دیگر: _____

نسل: سفید فام امریکی ہندوستانی الاسکا کے آبائی ایشیائی سیاہ فام / افریقی امریکی

ہوائی / بحر الکاہل جزیرہ کے آبائی دو یا زیادہ نسلیں دیگر: _____ جواب دینے سے انکار

نسلی پس منظر: ہسپانوی یا لاطینی غیر ہسپانوی یا لاطینی جواب دینے سے انکار

عام طور پر، کیا آپ کہیں گے کہ آپ کی صحت کیسی ہے: بہترین اچھی مناسب ناقص
 کیا آپ چاہتے ہیں کہ ہم کال کر کے آپ کی صحت کے فوری مسئلے میں آپ کو مدد فراہم کریں؟ ہاں نہیں
 کیا کوئی ڈاکٹر ہے جس سے آپ باقاعدگی سے ملتے ہیں؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو کیا آپ کے ڈاکٹر نے آپ کو کوئی ورزش یا جسمانی سرگرمی شروع کرنے، اضافہ کرنے یا برقرار رکھنے کا
 مشورہ دیا ہے؟ (مثال کے طور پر، سیڑھیاں چڑھنا شروع کرنا، چہل قدمی کو روزانہ 10 سے 20 منٹ تک بڑھانا یا ورزش
 کے اپنے موجودہ پروگرام کو برقرار رکھنا)؟ ہاں نہیں

کیا آپ کو درج ذیل میں سے کوئی مسئلہ ہے؟ ذیابیطس دل کے مسائل ہائی بلڈ پریشر کینسر
 سانس کے مسائل (دمہ یا COPD) یادداشت کے مسائل سماعت کے مسائل بصارت کے مسائل
 دماغی / جذباتی مسائل پیشاب خطا ہو جانا ایچ آئی وی منشیات یا شراب کے مسائل
 دیگر طبی مسائل: _____

آپ روزانہ کتنی مختلف ادویات لیتے ہیں؟ کوئی نہیں 8 4-7 1-3 یا زیادہ
 کیا آپ کو اپنی بنیادی سرگرمیوں میں مدد کی ضرورت ہوتی ہے (جیسے کپڑے پہننا، نہانا، کھانا، کرسی پر بیٹھنا / اٹھنا)؟
 میں یہ مدد کے بغیر یہ کرنے کے قابل ہوں مجھے مدد کی ضرورت ہے اور اپنی مطلوبہ مدد مل جاتی ہے
 مجھے مدد کی ضرورت ہے اور اپنی مطلوبہ مدد نہیں ملتی

کیا آپ کو اپنے گھر کی دیکھ بھال، ادویات لینے، خریداری کرنے، پیسوں کے انتظام، کھانے کی تیاری یا ٹرانسپورٹ میں

مدد کی ضرورت ہے؟ میں یہ کام مدد کے بغیر یہ کرنے کے قابل ہوں

مجھے مدد کی ضرورت ہے اور اپنی مطلوبہ مدد مل جاتی ہے مجھے مدد کی ضرورت ہے اور اپنی مطلوبہ مدد نہیں ملتی

پچھلے 6 مہینوں کے دوران، کیا آپ کو کبھی صحت کی دیکھ بھال کے بغیر بھی جانا پڑا ہے کیونکہ آپ کے پاس وہاں جانے

کا کوئی راستہ نہیں تھا؟ ہاں نہیں

کیا آپ گزشتہ 6 مہینوں میں گرے ہیں؟ ہاں نہیں

کیا آپ کی زندگی میں کوئی ایسا شخص ہے جو آپ کو ستاتا ہو، دھمکیاں دیتا ہو، آپ کو ڈراتا ہو یا خوفزدہ کرتا ہو؟

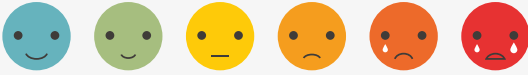
ہاں نہیں جواب نہیں دینا چاہتے

کیا آپ مندرجہ ذیل میں سے کسی کا استعمال کرتے ہیں؟

چھڑی واکر وہیل چیئر ہسپتال کا بیڈ آکسیجن حفاظتی بریفز / پیڈ (بالغوں کے ڈائپرز)

دیگر

اگر ہاں، تو اپنے درد کی سطح کی یہاں پر نشاندہی کریں:



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

کیا آپ کو بار بار یا مسلسل درد کا سامنا ہوتا ہے؟

ہاں نہیں اگر ہاں، تو تاریخ آغاز: _____

اگر ہاں، تو درد کہاں ہوتا ہے؟ _____

آپ کے رہنے کی صورت حال کیا ہے؟

میرے پاس رہنے کی مناسب جگہ موجود ہے میرے پاس ابھی تو رہنے کی جگہ موجود ہے مگر مجھے مستقبل کی پریشانی ہے

میرے پاس رہنے کی کوئی مناسب جگہ موجود نہیں ہے (میری عارضی رہائش دیگر لوگوں کے ساتھ، ہوٹل میں، شیلٹر میں،

باہر گلی میں، ساحل پر، کار میں، ایک غیر آباد عمارت میں، بس میں، ٹرین اسٹیشن پر یا پارک وغیرہ میں ہے)

کیا آپ کو یہ پریشانی ہے کہ آپ کے رہنے کی موجودہ جگہ کی وجہ سے آپ بیمار ہو رہے ہیں؟ (یعنی پھپھوندی، کیڑے / چوہے،

پانی کا رساؤ، اتنی گرم نہیں ہے، وغیرہ) ہاں نہیں دیگر: _____

کیا موجودہ طور پر آپ کو پبلک اسسٹینس موصول ہو رہی ہے (مثلاً فوڈ اسٹیمپس، میلز آن وہیلز، EPIC، HEAP، پبلک

یا کیش اسسٹینس وغیرہ)؟ ہاں نہیں مجھے معلوم نہیں

پچھلے سال، کیا آپ کو کبھی ایسی پریشانی لاحق ہوئی کہ آپ کے کھانے پینے کی اشیاء آپ کو کوئی رقم ملنے سے پہلے

ختم ہو جائیں گی؟

ہاں نہیں جواب نہیں دینا چاہتے

پچھلے سال، کیا الیکٹرک، گیس، آئل یا پانی فراہم کرنے والی کسی کمپنی نے آپ کو سروسز بند کر دینے کی دھمکی دی تھی؟

ہاں نہیں مجھے معلوم نہیں

کیا آپ سگریٹ، ویپ (ای سگریٹ) یا دیگر کوئی تمباکو استعمال کرتے ہیں؟ موجودہ سابقہ کبھی نہیں

کیا اس سال آپ نے انفلوئنزا ویکسین (فلو شاٹ) لگوائی ہے؟ ہاں نہیں مجھے معلوم نہیں

براہ کرم اپنی ادویات کے نام بتائیں (اگر ضرورت ہو، تو اضافی ادویات ایک دوسری شیٹ پر درج کریں):

ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____

ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____

ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____

ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____

براہ کرم اپنی ادویات کے نام بتائیں (جاری - اگر ضرورت ہو، تو اضافی ادویات ایک دوسری شیٹ پر درج کریں):

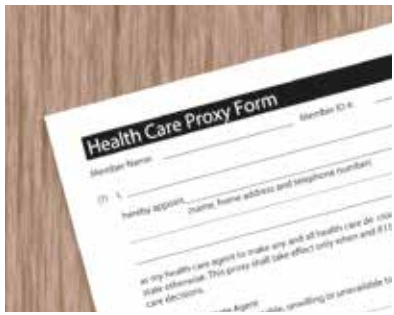
ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____
ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____
ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____
ادویات کے نام: _____ خوراک: _____ کتنی بار: _____

گزشتہ 2 ہفتوں میں، آپ نے کتنی بار چیزوں کو کرنے میں کم دلچسپی یا خوشی حاصل کی ہے؟

بالکل نہیں کئی دن
 ان میں سے آدھے دنوں میں تقریباً ہر روز
گزشتہ 2 ہفتوں میں، آپ کتنی بار گرے ہیں، اداس ہوئے ہیں، یا مایوس ہوئے ہیں؟
 بالکل نہیں کئی دن
 ان میں سے آدھے دنوں میں تقریباً ہر روز



صرف 50 سال یا اس سے کم کی خواتین: کیا آپ حاملہ ہیں؟ ہاں نہیں مجھے معلوم نہیں
صرف 50-74 سال کی عمر کی خواتین: کیا آپ نے اس سال یا گزشتہ سال میموگرام (چھاتی کے کینسر کی جانچ کرنے کے لیے) کروایا ہے؟ ہاں نہیں مجھے معلوم نہیں
صرف 50-75 سال کی عمر والے: کیا آپ نے بڑی آنت کا کینسر کی جانچ کے لیے مندرجہ ذیل ٹیسٹ کروایا ہے؟
 کولونوسکوپ (گزشتہ 5 سالوں میں) سیگمائیڈو سکوپ (گزشتہ 5 سالوں میں)۔
 خون کے لیے پاخانہ کی جانچ (گزشتہ سال کے اندر)



کیا آپ کو درج ذیل میں سے کوئی مسئلہ ہے؟
 ایڈوانس ڈائریکٹو/لیونگ ول (یہ ایک دستاویز ہے جو بیان کرتی ہے کہ اگر آپ بات کرنے کے قابل نہ ہوں، تو آپ کون سا طبی علاج حاصل کرنا چاہیں گے)
 نگہداشت صحت پر اراکسی (ایک ایسا شخص جو آپ کے لئے نگہداشت صحت کے فیصلے کر سکتا ہے، اگر آپ اس قابل نہیں ہوتے)
 نہیں، لیکن پیشگی طور پر دیکھ بھال کی منصوبہ بندی کے بارے میں مجھ سے بات چیت کی گئی تھی
 نہیں، اور پیشگی طور پر دیکھ بھال کی منصوبہ بندی کے بارے میں مجھ سے بات چیت نہیں کی گئی تھی
 نہیں، لیکن میں مزید جاننے میں دلچسپی رکھتا ہوں: ہاں * نہیں
* ہم آپ کو ایک ایڈوانس ڈائریکٹو اور نگہداشت صحت کا پراکسی فارم بھیجیں گے۔

براہ کرم مکمل طور پر پُر کریں اور ہمیں درج ذیل پتہ پر واپس بھیج دیں:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

مکمل کرنے کی تاریخ: _____

صفحہ 3 کُل 3