

日期: \_\_\_\_\_

在网上填写, 其他 \_\_\_\_\_



### 社区健康问卷 (Community Health Survey)

您的反馈对于协助我们策划符合您的需求的未来计划至为重要。  
您告诉我们的任何个人信息都会为您保密。

年龄: \_\_\_\_\_ 您来自的城市 / 乡镇: \_\_\_\_\_ 您家里有多少人: \_\_\_\_\_

您是否有家庭医生? 是 否 您需要帮助以选择家庭医生吗? 是 否

您在哪里接受一般的医疗保健服务? \_\_\_\_\_ 急诊服务? \_\_\_\_\_

有没有任何问题让您或您的家人无法寻求医疗保健? 请圈选所有适用者。

- 没有健康保险      高自付额      医疗债务      残障      交通
- 对语言的理解      服务时间      其他 \_\_\_\_\_

您最关切的前三项健康问题? \_\_\_\_\_

Hallmark Health 可以为您的家人做哪些事, 以协助您获得较好的保健服务?

\_\_\_\_\_

您有任何给我们的评论吗? \_\_\_\_\_

#### 请圈选所有适用者

您的族裔是什么?

- 西班牙裔
- 非西班牙裔

您的性别是什么?

- 男性
- 女性

您的收入在哪个范围?

- \$0 到 \$25,000
- \$26,000 到 \$35,000
- \$35,000 到 \$50,000
- \$50,000 到 \$70,000
- \$70,000 以上

您在家里

说哪种语言?

- 英文
- 西班牙语
- 葡萄牙语
- 越南语
- 义大利语
- 海地克里奥尔语
- 广东话
- 普通话
- 其他: \_\_\_\_\_

您的种族是什么?

- 美国印第安人
- 亚裔
- 黑人
- 美国原住民或太平洋岛民
- 白人
- 其他

您的最高文化水平是什么?

\_\_\_\_\_

您觉得自己目前的健康状态如何?

- 优      一般
- 良      差

#### 自行选择是否提供的信息

姓名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 电话号码: \_\_\_\_\_

请寄回 Hallmark Health Community Services  
239 Commercial Street, Malden, MA 02148 (781) 338-7552  
谢谢您!