

Active Choices Pre-Survey (Gujarati) CCDPH Participant Information Form

પ્રોગ્રામનું નામ

સહભાગી માહિતી સર્વેક્ષણ

માત્ર વ્યવસ્થાપકના ઉપયોગ માટે: સહભાગીની I.D.: સુવિધાકર્તા અથવા પ્રોગ્રામના સ્ટાફ ફોર્મનો આ ભાગ પૂર્ણ કરવો જોઈએ અને હાજરી ફોર્મ પરના નામ સાથે સહભાગીની કમિક સંખ્યાને ચિહ્નિત કરવી જોઈએ.

રાજ્ય સંક્ષેપ: ___ દા.ત., NY, VA, અન્ય)

સાઇટના નામના પ્રથમ ચાર અક્ષરો: _____

પ્રોગ્રામની પ્રારંભની તારીખ: ___ / ___ / ___ (દા.ત., 12/01/19)

સહભાગી નંબર: ___ (દા.ત., 01, 02, 03, અન્ય)

1. શું તમારા ડોક્ટર અથવા અન્ય આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાએ તમને આ પ્રોગ્રામમાં હાજરી આપવાનું સૂચન કર્યું છે?
O હા O ના
2. તમારી હાલની ઉંમર કેટલી છે? _____ વર્ષ
3. શું તમે: O પુરુષ અથવા O સ્ત્રી?
4. શું તમે હિસ્પેનિક, લેટિનો અથવા સ્પેનિશ મૂળના છો? O હા O ના
5. તમારો વંશ શું છે? લાગુ પડે છે તે બધું માર્ક કરો.
O અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ
O એશિયન
O અશ્વેત અથવા આફ્રિકન અમેરિકન
O મૂળ હવાઇયન અથવા અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડર
O શ્વેત
6. શું તમે બહેરા છો અથવા તમને સાંભળવામાં ગંભીર તકલીફ પડે છે? O હા O ના
7. શું તમે અંધ છો અથવા ચશ્મા પહેરીને પણ તમને જોવામાં ગંભીર તકલીફ થાય છે?
O હા O ના
8. શું તમે એકલા રહો છો? O હા O ના
9. તમે પૂર્ણ કરેલ શાળાનો ઉચ્ચતમ ગ્રેડ અથવા વર્ષ શું છે?
O પ્રાથમિકના અમુક વર્ષ, માધ્યમિક અથવા ઉચ્ચ શાળા
O હાઇ સ્કૂલ ગ્રેજ્યુએટ અથવા GED

- કોલેજના અમુક વર્ષ અથવા તકનીકી શાળા
 કોલેજના 4 વર્ષ કે તેથી વધુ

10. શું તમે ક્યારેય લશ્કરમાં સેવા આપી છે? હા ના
11. છેલ્લા વર્ષ દરમિયાન, શું તમે મિત્ર અથવા કુટુંબને નિયમિત સંભાળ અથવા સહાય પૂરી પાડી હતી
લાંબા ગાળાની સ્વાસ્થ્ય સમસ્યા અથવા અપંગતા ધરાવતા સભ્ય? હા ના
12. સામાન્ય રીતે, તમે કહેશો કે તમારું સ્વાસ્થ્ય કેવું છે:
 ઉત્તમ ખૂબ સારું સારું ઠીક નબળું
13. શું કોઈ આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાએ તમને ક્યારેય કહ્યું છે કે તમને નીચેની કોઈપણ દીર્ઘકાલીન સ્થિતિ છે?

	હા	ના		હા	ના
અસ્વસ્થતા વિકૃતિ			દીર્ઘકાલીન પીડા		
ઉચ્ચ કોલેસ્ટ્રોલ			કિડની રોગ		
અસ્થમા/એમ્ફિસીમા/અન્ય ક્રોનિક શ્વાસ અથવા ફેફસાની સમસ્યા			ઓસ્ટીયોપોરોસીસ (અસ્થિની ઓછી ઘનતા)		
કેન્સર અથવા કેન્સર માંથી બચી ગયા છો			સ્થૂળતા		
હાયપરટેન્શન (ઉચ્ચ બ્લડ પ્રેશર)			સ્કિઝોફ્રેનિયા અથવા અન્ય માનસિક વિકૃતિ		
અવસાદ			સ્ટ્રોક		
ડાયાબિટીસ (ઉચ્ચ બ્લડ સુગર)			સંધિવા/સંધિવા સંબંધી રોગ		
હૃદયરોગ			અન્ય દીર્ઘકાલીન સ્થિતિ		

14. શારીરિક, માનસિક અથવા ભાવનાત્મક સ્થિતિને કારણે, તમને:
- ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં, યાદ રાખવામાં અથવા નિર્ણય લેવામાં ગંભીર મુશ્કેલી પડે છે?
 હા ના
 - ડોક્ટરની ઓફિસની મુલાકાત લેવા અથવા ખરીદી કરવા જેવા કાર્યો એકલા કરવામાં મુશ્કેલી પડે છે?
 હા ના
15. શું તમને ચાલવામાં કે સીડી ચડવામાં ગંભીર તકલીફ પડે છે? હા ના
16. શું તમને વસ્ત્રો પહેરવામાં કે સ્નાન કરવામાં તકલીફ પડે છે? હા ના
17. શું તમે તમારી આસપાસના લોકોથી કેટલી વાર એકલા અથવા એકલતા અનુભવો છો?
 હંમેશા અનેકવાર ક્યારેક ભાગ્યે જ ક્યારેય નહીં

Active Choices Pre-Survey (Gujarati) CCDPH Participant Information Form

Workshop ID#: _____

18. તમને કેટલી ખાતરી છે કે તમે તમારી સ્થિતિને મેનેજ કરી શકો છો જેથી તમે જે વસ્તુઓની તમને જરૂર હોય અને કરવા માંગો છો તે કરી શકો?

તદ્દન અનિશ્ચિત 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 સંપૂર્ણ ખાતરી