

L.A. Care®

L.A. Cares About
Asthma® 

천식 환자를 위한 교육 및 지원 프로그램





**질문이 있으십니까?
도움이 필요하십니까?
저희에게 전화주세요!**

건강 코치 상담 연락처:

건강 교육부

1.855.878.4374 (TTY 711)

월요일-금요일 오전9시 - 오후 4시



간호사 상담 전화

1.800.249.3619(TTY 711)

연중무휴 24시간 언제라도
통화할 수 있습니다



목차

❖ 천식과 관련해서 알아야 하는 5가지	2
❖ 천식 유발 인자	4
❖ 천식 경고 징후.....	5
❖ 천식 약물과 그 효능.....	6
❖ 천식 행동 계획 활용 방법.....	8
❖ 성인 천식 행동 계획.....	10
❖ 아동 천식 행동 계획	12
❖ 천식에 대해 의사와 상담	14
❖ 의사에게 문의할 샘플 질문들.....	15
❖ 최대 호기량 측정기 사용하기.....	16
❖ 측정 수치 이해하기	18
❖ 최대 호기량 추적하기.....	20
❖ 중요 자료	22
❖ 참조	23
❖ 메모	28

천식과 관련해서 알아야 하는 5가지

1 ▶ 천식에 대해서 알아보세요.

- ❖ 천식은 폐질환으로서, 기도가 부어서 좁아지는 병입니다.
- ❖ 천식은 기침, 천명음(가슴에서 썩썩하는 소리가 남), 호흡 곤란을 유발할 수 있습니다.

2 ▶ 사용할 수 있는 약물과 사용법을 알아야 합니다.

- ❖ 상태가 좋을 때라도 매일 조절 약물을 사용해야 합니다.
- ❖ 다음에 해당하는 경우, **조절 약물**이 필요합니다:
 - 일주일에 두 번 이상 낮에 호흡 곤란을 겪은 경우.
 - 한 달에 달에 두 번 이상 밤에 호흡 곤란을 겪은 경우.
 - 일 년에 두 번 이상 증상완화제를 리필 받은 경우.



- ❖ 숨이 차거나, 가슴이 답답해지거나, 천명음, 기침을 하는 것과 같은 천식 증상이 발생하는 경우, **증상완화제**를 사용하십시오. 이러한 약물들을 항상 소지하고 있는 것이 중요합니다.
- ❖ 스페이서나 네블라이저를 사용하여 정량의 약물을 흡입하는 법을 알아두십시오.

3 ▶ 천식 증상을 악화시키는 것이 무엇인지 알아야 합니다.

- ❖ 유발인자란 천식을 악화시키는 것들입니다. 연기, 애완동물, 먼지, 꽃가루, 추위나 그 외 주위의 것들이 이러한 유발인자가 될 수 있습니다.
- ❖ 운동을 할 때 천식 증상이 생기는 경우, 운동을 하기 전 증상완화제를 사용하십시오.

4 ▶ 증상을 기록해야 합니다.

- ❖ 증상을 적어 둔 후, 의사와 상담하십시오.
- ❖ 5세 이상인 경우, 최대 호기량 측정기가 도움이 될 수 있습니다.

5 ▶ 천식 행동 계획을 세우십시오.

- ❖ 천식 행동 계획을 세우십시오. 계획을 적어두면 천식으로 응급상황이 발생할 경우 대처 행동에 도움이 될 수 있습니다.
- ❖ 의사 방문 시마다 이러한 천식 행동 계획에 대해 상담하십시오.

천식 유발 인자

유발인자란 기도를 붓게 만드는 것으로 천식 발생 요인이 되는 것들입니다. 천식 증상이 발생했을 때 바로 조치를 하지 않으면 천식 발작을 일으킬 수도 있습니다. 의사와의 상담을 통해 천식 유발인자가 무엇인지 정확히 알고 이를 피하는 방법을 알아두어야 합니다.

일부 유발인자들은 다음과 같습니다.



애완동물
(개, 고양이)



스모그



곰팡이



추운 날씨



먼지



후각을 자극하는 냄새



먼지 진드기



음식



해충 (바퀴벌레, 쥐)



담배 연기



꽃가루



운동



천식약을 복용하지 않는 것

천식

경고 징후

천식이 악화되고 있다는 것을 나타내는 증상들은 일반적으로 다음과 같습니다.

- ※ 호흡 곤란
- ※ 기침 (낮, 밤 또는 운동 중)
- ※ 천명음 (호흡할 때 들리는 쌉쌉거리는 소리)
- ※ 가슴 조임
- ※ 수면장애 (기침, 호흡 곤란, 가슴 조임 또는 통증)
- ※ 최대 호기량 수치가 떨어지는 경우 (최대 호기량 측정기가 없는 경우, 의사에게 처방을 요청하십시오)

천식응급 증상

- ※ 호흡 곤란으로 인해 숨쉬기, 걷기 또는 대화가 힘들 때
- ※ 천식 경고 징후가 차도를 보이지 않을 때
- ※ 입술과 손톱이 푸르스름하게 변하는 경우

천식 응급 상황 시 해야 할 일

- ※ 즉시 증상 완화제 (“레스큐 흡입기”)를 사용하고 천식 행동 계획을 따르십시오.
- ※ 호흡이 힘들 경우 도움을 청하십시오!
- ※ 증상완화제를 사용한 후에도 천식 징후가 나아지지 않는 경우에는 911에 전화하거나 가장 가까운 응급실이나 긴급 진료실을 방문하십시오.

1 증상완화제(레스큐 흡입기)

- ※ 신속히 기도를 확보하여 천식 발작을 막습니다.
- ※ 의사는 종종 환자가 운동 전이나 또는 천식 유발인자 주변에 있다는 것을 아는 경우 이러한 약물을 사용하도록 합니다.
- ※ 다음 두 가지 조건에 해당된다면 의사 또는 간호사에게 알려주십시오:
 - ✓ 일주일에 두 번 이상 속효성 증상 완화제를 이용해야 하는 경우
 - ✓ 한 달에 두 번 이상 밤 중에 깨는 경우
 - ✓ 일 년에 두 번 이상 속효성 증상 완화제를 제조재하는 경우



2 조절제 (컨트롤러 흡입기)

- ※ 기도 안의 부기, 조임 및 점액을 완화시킵니다.
- ※ 이 약물은 상태가 좋고 천식 징후가 없는 경우에도 매일 복용해야 합니다!
- ※ 약물 복용 지침에 사용 후 입을 헹궈야 한다고 적혀있으면, 반드시 입을 헹궈 주십시오.
- ※ 포기하지 마십시오! 약의 효과를 보기까지 최대 2주가 소요될 수 있습니다.



천식 조절하기

- ※ 상태가 좋더라도 의사를 자주 방문해야 합니다!
 - ※ 본인의 천식 유발인자 및 약물에 대해 의사와 상의하십시오.
 - ※ 천식 증상이 악화될 경우에도 해야 할 일을 알 수 있도록 의사와 함께 천식 행동 계획을 작성하도록 하십시오.
 - ※ 의사의 지시대로 정확히 약물을 복용하십시오.
 - ※ 최대 호기량 측정기를 사용하여 매일 천식이 어떻게 호전되는지 확인하십시오. 최대 호기량 측정기가 필요한 경우, 의사에게 처방을 요청하십시오.
-

천식이 조절될 때의 상황

- ※ 호흡 곤란없이 정상적인 활동(운동 포함)을 할 수 있습니다.
- ※ 천식 증상이 거의 없거나 전혀 나타나지 않습니다.
- ※ 호흡할 수 있습니다!



천식 행동 계획 이용하기

모든 천식 환자는 **천식 행동 계획**을 갖고 있어야 합니다. 계획서를 만들어 두면 천식이 발작할 경우에 대처하는 행동에 도움이 될 수 있습니다. 귀하의 의사 또는 자녀의 담당 의사에게 천식 행동 계획을 작성해 달라고 요청하십시오.

천식 행동 계획으로 알 수 있는 사항:

- ❖ 최대 호기량 수치를 사용해서 귀하나 자녀의 천식이 잘 조절되고 있는지 확인하는 방법.
- ❖ 천식 증상에 대처하는 방법.
- ❖ 어떤 약을 언제 복용해야 하는지에 대한 정보.
- ❖ 의사나 긴급 진료실에 가야 할 시기.

귀하의 직장이나 자녀의 학교 등, 귀하 또는 자녀가 가장 많은 시간을 보내는 곳에 천식 행동 계획 사본을 보관해 두십시오.



귀하 또는 자녀의 천식 치료가 변경될 때마다 천식 치료 계획 내용을 의사와 검토하십시오.

천식 행동 계획은 천식 제어를 위한 색상 가이드를 제공합니다.



좋은 상태
(초록색 영역)

- 호흡이 편하고,
- 기침, 가슴조임 또는 천명음이 없고,
- 일과 운동을 편하게 할 수 있음.



좋지 않은 상태
(노란색 영역)

- 기침이나 천명음이 있거나,
- 호흡이 힘들거나,
- 가슴 조임이 있거나,
- 밤에 잠을 깨거나,
- 모든 활동을 할 수 없을 때 (**일과 운동**)



나쁜 상태
(빨간색 영역)

- 약이 도움이 되지 않거나,
- 대화 또는 걸을 수 없거나,
- 공포감을 느끼거나,
- 호흡이 힘들거나 가빠질 때,
- 가슴 통증이 있을 때



나의 천식 행동 계획서

의사와
함께
작성하
십시오.

이름: _____ 생년월일: _____

담당 의사 이름: _____

담당 의사 전화번호: _____

비상 연락처: _____

비상 연락처 전화번호: _____

- 나의 천식 유발인자:**
- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 꽃가루 | <input type="checkbox"/> 대기 오염 |
| <input type="checkbox"/> 곰팡이 | <input type="checkbox"/> 담배연기 |
| <input type="checkbox"/> 먼지 진드기 | <input type="checkbox"/> 운동 |
| <input type="checkbox"/> 강한 냄새 | <input type="checkbox"/> 음식 |
| <input type="checkbox"/> 바퀴벌레 | <input type="checkbox"/> 기타 |
| <input type="checkbox"/> 동물 | <input type="checkbox"/> 감기 |

- 나의 천식 레벨:**
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 간헐적 | <input type="checkbox"/> 3 보통 |
| <input type="checkbox"/> 2 경미한 지속성 | <input type="checkbox"/> 4 심각한 지속성 |

좋은 상태(초록색 영역)

- 호흡이 편하고,
- 기침, 가슴조임, 또는 천명음이 없고,
- 일과 운동을 편하게 할 수 있음.



최대 호기량 수치: _____ 에서 _____

천식 장기 조절약을 매일 복용하십시오.

약물 이름: _____ 복용 방법: _____ 복용량: _____ 복용 횟수: _____ 하루에회

_____ 하루에회

_____ 하루에회

운동이나 스포츠를 하기 20-15분 전에 스페이서를 사용하여 _____ 회 분사하십시오.

중지 않은 상태 (노란색 영역)

- 기침이나 천명음이 있거나, • 밤에 잠을 깨거나,
- 호흡이 힘들거나, • 어떤 활동도 하기
- 가슴이 조여올 때 힘들 때나, (일과 운동)



최대 호기량 수치가 _____ 에서 _____

신속하게 속효성 완화제를 _____ 회 분사하십시오. 30-20 분 내에 초록색 영역으로 회복되지 않으면 _____ 회 더 분사하십시오.

약이름: _____ 어떻게 복용: _____ 얼마나 복용: _____ 언제 복용: _____
매 _____ 시간마다

장기 복용약을 계속 사용하십시오.

약이름: _____ 어떻게 복용: _____ 얼마나 복용: _____ 언제 복용: _____
_____ 하루에회
_____ 하루에회

속효성 완화제가 효과가 없거나 일주일에 세 번 이상 증상이 나타나면 주치의에게 연락하십시오.

나쁜 상태 (빨간색 영역)

- 약이 도움이 되지 않거나, • 호흡이 힘들거나 가빠질 때,
- 대화를 하거나 잘 걸을 수 없고, • 가슴 통증이 있을 때.
- 공포감을 느끼거나,



최대 호기량 수치가 _____ 이하일 때.

지금 도움을 요청하십시오!

응급실에 도착해 진료를 받을 때까지 속효성 완화제를 사용하십시오.

약물 이름: _____ 복용 방법: _____ 복용량: _____ 복용 횟수: _____
_____ 하루에회
_____ 하루에회
_____ 하루에회

호흡이 힘들어 걸거나 대화하기가 힘들거나, 너무 졸리거나, 입술이나 손톱이 창백해지거나 푸른 빛을 띠는 경우, **응급 진료를 받거나 911에 전화하십시오. 절대 기다리지 마십시오!**

의사 서명: _____ 날짜: _____



내 자녀의 천식 행동 계획서

의사와
함께
작성하
십시오.

이름: _____ 생년월일: _____

담당 의사 이름: _____

담당 의사 전화번호: _____

비상 연락처: _____

비상 연락처 전화번호: _____

- 나의 천식 유발인자:**
- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 꽃가루 | <input type="checkbox"/> 대기 오염 |
| <input type="checkbox"/> 곰팡이 | <input type="checkbox"/> 먼지 진드기 |
| <input type="checkbox"/> 강한 냄새 | <input type="checkbox"/> 바퀴벌레 |
| <input type="checkbox"/> 동물 | <input type="checkbox"/> 감기 |
| | <input type="checkbox"/> 담배연기 |
| | <input type="checkbox"/> 운동 |
| | <input type="checkbox"/> 음식 |
| | <input type="checkbox"/> 기타 |

- 나의 천식 레벨:**
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 간헐적 | <input type="checkbox"/> 3 보통 |
| <input type="checkbox"/> 2 경미한 지속성 | <input type="checkbox"/> 4 심각한 지속성 |

자녀의 상태가 좋음 (초록색 영역)

- 호흡이 편하고,
- 기침, 가슴조임, 또는 천명음이 없고,
- 놀기와 운동하기를 편하게 할 수 있음.



최대 호기량 수치: _____ 에서 _____

천식 장기 조절약을 매일 복용하십시오.

약물 이름: _____ 복용 방법: _____ 복용량: _____ 복용 횟수: _____

_____ 하루에 회

_____ 하루에 회

_____ 하루에 회

운동이나 스포츠를 하기 20-15분 전에 스페이서를 사용하여 _____ 회 분사하십시오.

자녀의 상태가 좋지 않음 (노란색 영역)

- 기침이나 천명음이 있거나, • 밤에 잠을 깨거나,
- 호흡이 힘들거나, • 어떤 활동도 하기
- 가슴이 조여올 때 또는 힘들 때나, (놀이 및 운동)



최대 호기량 수치가 _____ 에서 _____

아이가 신속하게 속효성 완화제를 _____ 회 분사하여 **흡입**하도록 하십시오. 30-20 분 내에 그린 존으로 회복되지 않으면 _____ 회 더 분사하십시오.

약이름: _____ 어떻게 복용: 얼마나 복용: _____ 언제 복용: _____
매 _____ 시간마다

장기 복용약을 계속 사용하십시오.

약이름: _____ 어떻게 복용: _____ 얼마나 복용: _____ 언제 복용: _____
_____ 하루에 회
_____ 하루에 회

속효성 완화제가 효과가 없거나 일주일에 세 번 이상 증상이 나타나면 주치의에게 연락하십시오.

자녀의 상태가 나쁨 (빨간색 영역)

- 약이 도움이 되지 않거나, • 호흡이 힘들거나 가빠질 때,
- 대화를 하거나 잘 걸을 수 없고, • 가슴 통증이 있을 때.
- 공포감을 느낄 때



최대 호기량 수치가 _____ 이하일 때 _____

지금 도움을 요청하십시오! 응급실에 도착해 진료를 받을 때까지 자녀에게 속효성 완화제를 사용하도록 하십시오.

약물 이름: _____ 복용 방법: _____ 복용량: _____ 복용 횟수: _____
_____ 하루에 회
_____ 하루에 회
_____ 하루에 회

자녀의 호흡이 힘들어 걸거나 대화하기가 힘들거나, 너무 졸리거나, 입술이나 손톱이 창백해지거나 푸른 빛을 띠는 경우, **긴급 진료를 받거나 911에 전화하십시오. 절대 기다리지 마세요!**

*자녀의 천식 행동 계획서 사본을 교사와 학교 간호사에게 보내십시오.

의사 서명: _____ 날짜: _____

다음 번 진료 준비를 위한 조언.

- ✓ **궁금한 점을 모두 적어 놓기.** 질문하는 것을 두려워하지 마십시오. 의사는 귀하의 천식 관리에 도움을 주기 위해 존재하는 사람입니다.
- ✓ **천식 유발인자의 목록을 유지하십시오.** 천식의 원인(유발인자)과 그에 대한 반응(기침, 천명음, 호흡 곤란)을 기록하십시오.
- ✓ **방문 시 마다 모든 의약품과 천식 행동 계획을 가져 오십시오.** 천식 행동 계획이 있으면 언제 어떻게 약을 사용해야 할 지 알 수가 있습니다. 현재 천식 행동 계획을 가지고 있지 않다면, 의사에게 문의하십시오.
- ✓ **모든 의약품을 검토하십시오.** 언제 어떻게 사용해야 하는지 문의하십시오.
- ✓ **건강 교육 자료를 요청하십시오.** 건강 교육 자료는 천식이 무엇이며 어떻게 조절할 수 있는지 알려줍니다.
- ✓ **질문이 있는 경우, 의사에게 문의하십시오.** 의사 방문 후에도 궁금한 점이 남아 있는 경우, 담당 의사의 진료실로 전화하여 도움을 줄 수 있는 사람과 이야기하십시오.

의사에게 문의할

샘플 질문들

- ※ 천식이란 무엇입니까?
- ※ 천식을 어떻게 제어할 수 있습니까?
- ※ 원인이 무엇입니까? 치료제가 있습니까?
- ※ 저의 천식약은 무엇입니까?
- ※ 약을 언제 복용해야 합니까?
- ※ 제 천식약은 어떻게 복용해야 합니까?
- ※ 제가 흡입기를 사용하는 방법을 검토해 줄 수 있습니까?
- ※ 해당 의약품에 부작용이 있습니까? 부작용은 무엇입니까?
- ※ 90일분의 지속적인 천식 치료약을 받을 수 있습니까?
- ※ 천식 행동 계획이란 무엇입니까?
- ※ 제 천식 행동 계획을 함께 검토할 수 있습니까?
- ※ 스페이서란 무엇입니까? 어떻게 사용해야 합니까?
- ※ 최대 호기량 측정기란 무엇입니까? 어떻게 사용해야 합니까?
- ※ 독감 예방 주사를 맞아야 합니까?
- ※ 천식에 관한 건강 교육 자료가 있습니까?
- ※ 제 다음 번 방문일은 언제입니까?
- ※ 전문의 진료를 받기 위해 진료의뢰가 필요합니까?

의사에게 무엇을 물어보고 싶습니까?

아래에 질문을 쓰고 해당 질문을 의사와 상의하십시오.

1

2

3

4

5

최대 호기량 측정기 사용하기



최대 호기량 측정기는 여러분의 폐가 제 역할을 잘 하고 있는지 알려줍니다. 이 기계는 숨을 내쉴 때의 공기의 힘을 측정합니다. 이 측정기는 천식 증상을 느끼기 전에도 효과가 있습니다. 최대 호기량 측정기를 가지고 있지 않는 경우, L.A. Care 에서 무료로 받으십시오. 의사에게 처방전을 요청하십시오.

최대 호기량 측정기를 사용하는 법은 간단합니다.

1 단계

- ※ 마커가 0인지 확인합니다.
- ※ 서거나 앉는 자세를 취합니다.

2 단계

- ※ 숨을 깊게 들이 쉽니다.
- ※ 입술로 빠르게 튜브 주위를 단습니다.
- ※ 정면을 측정기를 똑바로 잡습니다.
- ※ 혀 또는 손가락으로 구멍이나 숫자를 막지 마십시오.
- ※ 최대한 세고 빠르게 공기를 뿡니다.

3 단계

- ※ 최대 호기량 추적표에 수치를 표시합니다.
- ※ 측정을 두 번 더 반복한 후, 각 수치를 표시 합니다.
- ※ 최고(가장 높은) 수치에 동그라미 표시를 합니다.
- ※ 이것이 오늘의 최대 호기량 수치입니다.

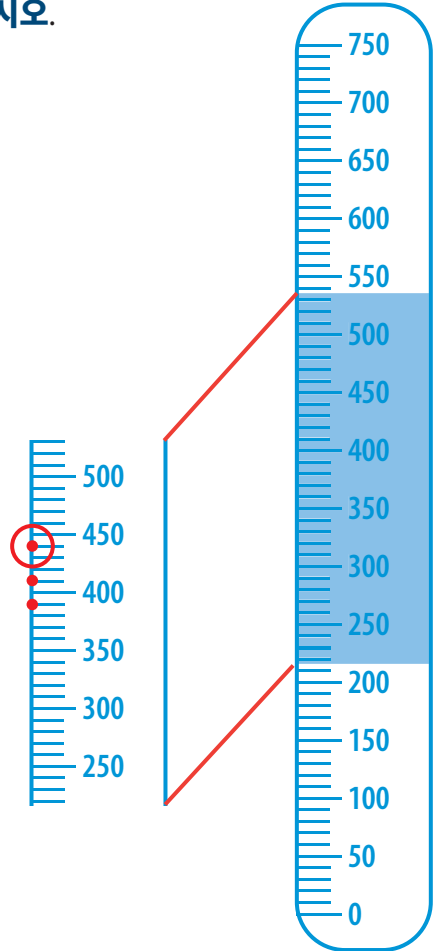
4 단계

- ※ 최대 호기량 로그에 귀하의 호기량 수치를 적어나가십시오. 매일 동일한 시간을 정하여 그 시간에 측정하고, **매일 3번의 결과를 기록 하십시오.**

개인 최고 최대 호기량 수치

개인 최고 호기량 수치란 지난 2주 동안 가장 컨디션이 좋았을 때 나온 가장 높은 수치입니다. 이 수치를 사용하여 다른 최대 호기량 수치값과 비교할 수 있습니다. 이 수치는 일정 시간 동안의 상태를 보여줄 수 있는 자료입니다. 최대 호기량 수치 결과에 대해 의사와 상담하십시오.

개인 최고 최대 호기량 수치: _____



자신의 수치 이해하기

호기량 수치를 정지 신호등이라고 생각하십시오. 아래의 테이블을 사용하여 자신이 어느 영역에 속하는지를 확인하십시오. 본인의 최고 최대 호기량 수치는 다른 사람의 수치와 다를 수 있습니다.

1 단계

파란색 (첫번째) 열에서 개인 최고 호기량 수치를 찾으십시오.

2 단계

그런 후에 오늘의 호기량 수치가 다음 중 어느 곳에 해당하는지 확인합니다— **초록색**, **노란색** 또는 **빨간색 영역**.

예: Smith 씨의 개인 최대 호기량 수치는 450입니다. 오늘의 최대 호기량 수치는 360(**초록색 영역**) 이상입니다. 좋은 소식입니다. 좋은 상태입니다!



초록색, **노란색** 또는 **빨간색 영역**에 따른 천식 행동 계획의 내용을 따르십시오. 천식 행동 계획이 없는 경우, 의사와 상담하십시오.



개인 최고 최대
호기량 수치가
다음과 같은 경우:

최대 호기량 수치가
다음과 같은 경우,
초록색 영역입니다:

최대 호기량 수치가
다음과 같은 경우,
노란색 영역입니다.

최대 호기량 수치가
다음과 같은 경우,
빨간색 영역입니다:

100	80초과	80에서50사이	50미만
125	100초과	100에서63사이	63미만
150	120초과	120에서75사이	75미만
175	140초과	140에서88사이	88미만
200	160초과	160에서100사이	100미만
225	180초과	180에서113사이	113미만
250	200초과	200에서125사이	125미만
275	220초과	220에서138사이	138미만
300	240초과	240에서150사이	150미만
325	260초과	260에서163사이	163미만
350	280초과	280에서175사이	175미만
375	300초과	300에서188사이	188미만
400	320초과	320에서200사이	200미만
425	340초과	340에서213사이	213미만
450	360초과	360에서225사이	225미만
475	380초과	380에서238사이	238미만
500	400초과	400에서250사이	250미만
525	420초과	420에서263사이	263미만
550	440초과	440에서275사이	275미만
575	460초과	460에서288사이	288미만
600	480초과	480에서300사이	300미만

초록색 영역 중
은 상태입니다

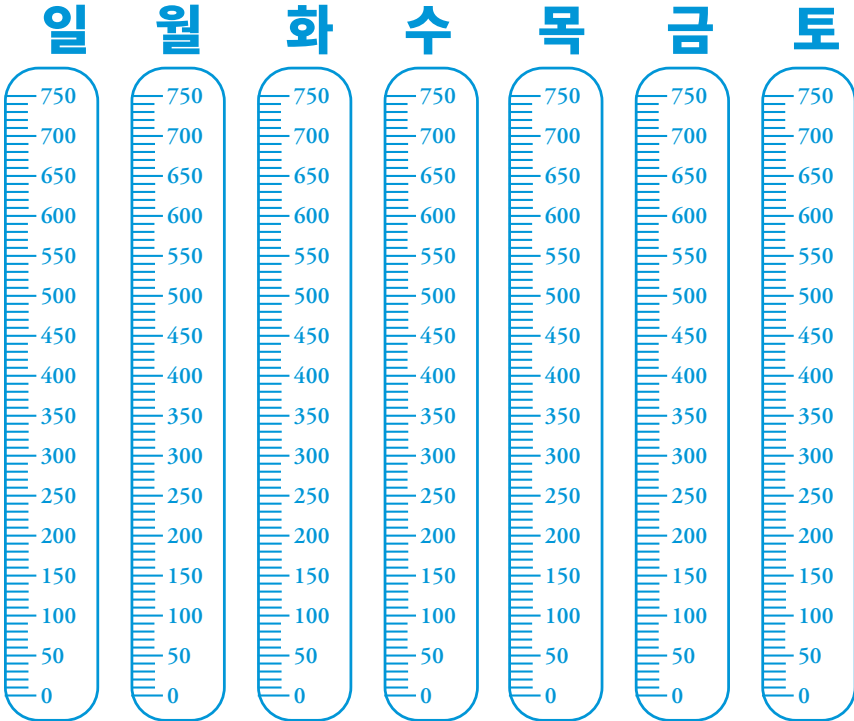
노란색 영역 의
사에게 연락하
십시오

빨간색 영역 911
에 전화하십시오.
지금 바로 도움을
받으십시오!

최대 호기량 추적하기

호기량 측정기를 매일 같은 시간에 사용하십시오. 세 번의 수치를 모두 적어두십시오. 최고(가장 높은) 수치에 동그라미 표시를 합니다. 이 수치를 사용하여 자신이 **초록색**, **노란색** 또는 **빨간색 영역**인지 확인하십시오. 천식 행동 계획 내용을 따르십시오. 천식 행동 계획이 없는 경우, 의사와 상담하십시오.

1주 날짜: _____

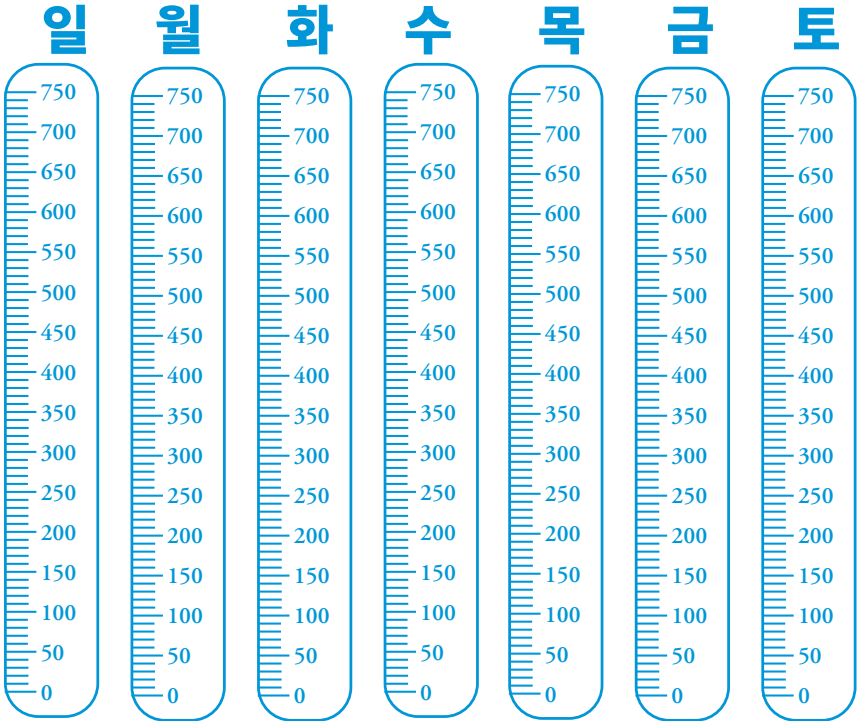


▶ 요일별 최고 호기량 수치

개인 최고 호기량 수치

(지난 2주 동안 가장 높은 호기량 수치): _____

2주 날짜: _____



▶ 요일별 최고 호기량 수치

귀하의 담당의사

귀하의 의사는 여러분을 위해 존재합니다. 예약을 잡아 정기적으로 병원에 방문하십시오! 해당 의사의 전화연락처를 보관하십시오.

담당 의사 이름: _____

전화번호: _____

건강 교육부

천식 상담사와 상의하십시오.

1.855.878.4374 (TTY 711) 월요일-금요일 오전 9시 - 오후 4시



L.A. Care



My Health in Motion™

L.A. Care 건강 및 웰니스 포털 계정을 만들어 주십시오.

MyHIM을 통해 다음의 혜택을 누리실 수 있습니다

- ❖ 건강을 주제로 한 구체적인 자료와 영상
- ❖ 채팅 기능을 통한 건강 코치
- ❖ 맞춤형 워크숍과 가상 그룹 예약 달력

L.A. Care 간호사 상담 전화

귀하와 귀하의 가족의 건강에 대한 일반 상담은 L.A. Care **간호사 상담 전화**로 전화하십시오. 하루 24시간, 연중 언제든지 통화할 수 있습니다. **1.800.249.3619 (TTY 711)**로 전화하십시오.



Community Resource Center

정보 센터 위치

Palmdale

2072 E. Palmdale Blvd.
Palmdale, CA 93550
☎ **1.213.438.5580**

Panorama City

7868 Van Nuys Blvd,
Panorama City, CA 91402
☎ **1.213.438.5497**
(2024 개원)

West L.A.

11173W. Pico Blvd.
Los Angeles, 90064
☎ **1.310.231.3854**

Metro L.A.

1233 S. Western Ave.
Los Angeles, CA 90006
☎ **1.213.428.1457**

Lincoln Heights

2426 N. Broadway,
Los Angeles, CA 90031
☎ **1.213.294.2840**
(2024 개원)

El Monte

3570 Santa Anita Ave.
El Monte, CA 91731
☎ **1.213.4281495**

Pomona

696 W. Holt Ave.
Pomona, CA 91768
☎ **1.909.620.1661**

8 Inglewood

2864 W. Imperial Hwy.
Inglewood, CA 90303
☎ **1.310.330.3130**

9 South L.A.

5710 Crenshaw Blvd.
Los Angeles, CA 90043
(2024 개원)

10 East L.A.

4801 Whittier Blvd.
Los Angeles, CA 90022
☎ **1.213.438.5570**

11 Lynwood

3200 E. Imperial Hwy.
Lynwood, CA 90262
☎ **1.310.661.3000**

12 Norwalk

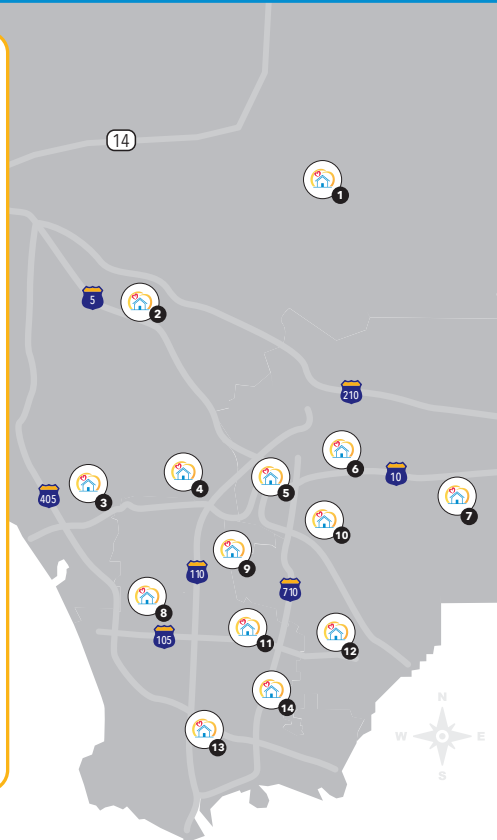
11721 Rosecrans Ave.
Norwalk, CA 90650
☎ **1.562.651.6060**

13 Wilmington

911 N. Avalon Blvd.
Wilmington, CA 90744
☎ **1.213.428.1490**

14 Long Beach

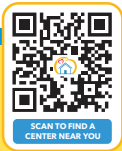
5599 Atlantic Ave.
Long Beach, CA 90805
☎ **1.562.256.9810**



Blue Shield of California Promise Health Plan 은 L.A. Care Health Plan 과 계약을 맺고 Los Angeles 카운티에서 Medi-Cal 관리 의료 서비스를 제공하고 있습니다. L.A. Care 와 Blue Shield Promise 는 서로 독립된 사업 기관입니다. Blue Shield Promise 는 Blue Shield Association 의 독립 인가 기관입니다.



자세한 내용을 확인하려면 communityresourcecenterla.org 를 방문하거나 **1.877.287.6290 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이 번호는 월요일에서 금요일 오전 9시부터 오후 5시까지 운영합니다.



SCAN TO FIND A CENTER NEAR YOU

lacare.org



For A Healthy Life

건강 교육부

1.855.878.4374 (TTY 711)

월요일-금요일 오전 9시 - 오후 4시