

Đánh Giá về Giữ Gìn Sức Khỏe

(Staying Healthy Assessment)

1 – 2 Tuổi (1 – 2 Years)

Tên của Trẻ (tên & họ)	Ngày Sinh	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	Hôm Nay là Ngày	Có tham gia Dịch Vụ Chăm Sóc Trẻ Em/Ban Ngày không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người Điền Mẫu	<input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Họ Hàng <input type="checkbox"/> Bạn Bè <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Người Khác (Ghi Rõ)			Cần Hỗ Trợ Điền Mẫu? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi trong mẫu này một cách tốt nhất có thể. Khoanh tròn “Bỏ Qua” nếu quý vị không biết câu trả lời hoặc không muốn trả lời. Hãy đảm bảo rằng quý vị sẽ hỏi bác sỹ nếu có thắc mắc liên quan đến bất kỳ điều gì trong mẫu này. Tất cả câu trả lời của quý vị sẽ được bảo vệ như một phần hồ sơ y tế của quý vị.

Cần Phiên Dịch?
 Có Không

Clinic Use Only:
Nutrition

1	Quý vị có cho con bú sữa mẹ không? <i>Breastfeeds child?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>
2	Con của quý vị mỗi ngày có ăn hoặc uống 3 phần thực phẩm giàu canxi như sữa, pho mát, sữa chua, sữa đậu nành hoặc đậu phụ không? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>
3	Con quý vị có ăn trái cây và rau ít nhất hai lần mỗi ngày không? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>
4	Con của quý vị có ăn các thực phẩm nhiều chất béo như thực phẩm chiên rán, khoai tây chiên, kem, pizza nhiều hơn một lần mỗi tuần không? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>
5	Con của quý vị có uống nhiều hơn một cốc nhỏ (4 – 6 ounce) nước hoa quả mỗi ngày không? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>
6	Con của quý vị có uống nước xô-đa, nước hoa quả, đồ uống thể thao, nước tăng lực, hoặc đồ uống có đường khác nhiều hơn một lần mỗi tuần không? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>
7	Con của quý vị có chơi đùa tích cực hầu hết các ngày trong tuần không? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>
8	Quý vị có lo lắng về cân nặng của con không? <i>Concerned about child's weight?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>

Physical Activity

9	Con của quý vị có xem TV hoặc chơi các trò chơi điện tử video không? <i>Child watches TV or plays video games?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Safety
10	Nhà quý vị có thiết bị báo khói đang hoạt động không? <i>Home has working smoke detector?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
11	Quý vị đã đặt nhiệt độ nước xuống mức ấm (dưới 120 độ) chưa? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
12	Nếu nhà quý vị có nhiều hơn một tầng, quý vị có các thanh chắn an toàn trên cửa sổ và cửa cầu thang không? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
13	Nhà quý vị có các dụng cụ chùi rửa, thuốc men và bao diêm cất trong tủ khóa không? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
14	Nhà quý vị có số điện thoại của Trung Tâm Kiểm Soát Chất Độc (800-222-1222) được dán gần máy điện thoại không? <i>Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
15	Quý vị có luôn ở bên cạnh khi con ở trong bồn tắm không? <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
16	Quý vị có luôn đặt con trong ghế xe quay về phía sau ở hàng ghế sau không? <i>Always places child in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
17	Quý vị có sử dụng ghế xe đúng với tuổi và kích thước của con không? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
18	Quý vị có luôn kiểm tra xem có trẻ em ở gần xe trước khi lùi xe ra không? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
19	Con của quý vị có ở hay chơi gần bể bơi, sông hay hồ không? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
20	Con quý vị có ở hoặc chơi ở nhà có cất giữ súng không? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	

21	<p>Con quý vị có luôn đội mũ bảo hiểm khi đi xe đạp, trượt ván hay đi xe trượt scooter không? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skate board, or scooter?</i></p>	<p>Có <i>Yes</i></p>	<p>Không <i>No</i></p>	<p>Bỏ Qua <i>Skip</i></p>	
22	<p>Quý vị có giúp con đánh răng và làm sạch kẽ răng mỗi ngày không? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i></p>	<p>Có <i>Yes</i></p>	<p>Không <i>No</i></p>	<p>Bỏ Qua <i>Skip</i></p>	Dental Health
23	<p>Con quý vị có ở hay chơi cùng bất kỳ người hút thuốc nào không? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i></p>	<p>Không <i>No</i></p>	<p>Có <i>Yes</i></p>	<p>Bỏ Qua <i>Skip</i></p>	Tobacco Exposure
24	<p>Quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc lo lắng nào khác về sức khỏe, sự phát triển hay hành vi của con quý vị không? <i>Any other questions or concerns about child's health, development or behavior?</i></p>	<p>Không <i>No</i></p>	<p>Có <i>Yes</i></p>	<p>Bỏ Qua <i>Skip</i></p>	Other Questions

Nếu có, vui lòng mô tả:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: