

**THẨM ĐỊNH**  
**"GIỮ GÌN SỨC KHỎE"**  
**Thiếu Niên, 12-17 tuổi**

**Patient Stamp**

Patient Number

Plan Name/Number

*If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number*

Tên bệnh nhân (tên, họ)	Ngày sinh	Phái tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày hôm nay	<b>For Clinical Use</b> Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tên người điền mẫu này (nếu không phải là bệnh nhân)	Liên hệ <input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Người giám hộ <input type="checkbox"/> Thân nhân <input type="checkbox"/> Bạn hữu <input type="checkbox"/> Người khác			

**Em và toàn chăm sóc sức khỏe của con quý vị có thể cùng nhau làm việc để có được sức khỏe tốt hơn. Xin trả lời các câu hỏi sau đây theo hết khả năng của quý vị. Quý vị có thể đánh dấu (✓) vào ô "Bỏ Qua" nếu quý vị không biết câu trả lời hoặc không muốn trả lời. Quý vị có thể hỏi nơi phục vụ về bất cứ câu hỏi nào. Các câu trả lời của quý vị sẽ được giữ kín như một phần trong hồ sơ y khoa của con quý vị.**

Annual Review  
Date/Initials

**Câu Hỏi Đáp Làm Mẫu: Em có chơi thể thao hay không?**

Có  Không  Bỏ Qua

Interventions  
Code/Date/Initials

**Em Có: (Do You:)**

1. Sống ở nhà hay không? (Live at home?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
2. Đi học hay không? (Go to school?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
3. Được ai khác chăm sóc sức khỏe ngoài vị bác sĩ y khoa (chẳng hạn như một chuyên viên châm cứu, thầy thuốc bắc, thầy thuốc nam, hoặc thầy thuốc nào khác) hay không? (Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
4. Đi nha sĩ ít nhất mỗi năm một lần hay không? (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
5. Uống sữa hoặc ăn da ua hay phô mai (cheese) mỗi ngày ít nhất 3 lần hay không? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
6. Ăn trái cây và rau mỗi ngày? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
7. Có giới hạn các loại thức ăn chiên hoặc làm mau (fast foods) hay không? (Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
8. Tập thể dục hoặc tích cực chơi một môn thể thao 5 ngày mỗi tuần hay không? (Exercise or play an active sport 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
9. Nghĩ rằng em cần xuống hoặc lên cân hay không? (Think you need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
10. Thường cảm thấy buồn rầu, xuống tinh thần, hoặc tuyệt vọng (hopeless) hay không? (Often feel sad, down, or hopeless?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
11. Luôn luôn đeo dây an toàn khi ngồi trên xe hay không? (Always wear a seat belt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
12. Luôn luôn đội nón an toàn khi đạp xe đạp hoặc trượt ván bánh xe hay không? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
13. Ở hoặc đến nhà mà nơi đó có cất súng hay không? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
14. Ở hoặc đến nhà có người hút thuốc hay không? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
15. Thường ra ngoài trời mà không bôi kem chống nắng hoặc không dùng các loại che nắng khác như nón hoặc áo hay không? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

**Các câu trả lời của em về vấn đề tình dục (sex) và kế hoạch gia đình sẽ không được tiết lộ cho bất cứ người nào, kể cả cha mẹ em, nếu không có giấy phép đặc biệt của em.** (Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)

For Clinical Use

Interventions  
Code/Date/Initials

<b>Em có bao giờ: (Do You Ever:)</b>		
16.	Hút thuốc hoặc nhai thuốc lá hay không? (Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
17.	Uống rượu như bia, rượu vang, rượu vang có ga, hoặc rượu mạnh hay không? (Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
18.	Lái xe sau khi uống rượu hoặc ngồi trên xe do người khác lái sau khi uống rượu? (Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
19.	Dùng các loại thuốc như cần sa (marijuana), cocaine, crack, crank, hoặc ecstasy hay không? (Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, crank, or ecstasy?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
20.	<b>Em đã có sinh hoạt tình dục (sex) hay không? (Have you ever had sex?)</b> Nếu "Có," sang câu hỏi kế. Nếu "không," sang câu hỏi 26? (If "yes," continue to next question. If "no," go to question 26.)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
21.	Em có nghĩ là em hoặc người bạn tình của em có thể đang mang thai hay không? (Do you think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
22.	Trong năm ngoái em có sinh hoạt tình dục (sex) mà không dùng biện pháp ngừa thai hay không? (Have you had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
23.	Em có nghĩ rằng em hoặc người bạn tình của em có thể bị bệnh phong tình (sexually transmitted disease or STD) hay không? (Do you think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
24.	Trong năm ngoái em hoặc (những) người bạn tình của em có sinh hoạt tình dục (sex) với bất cứ người nào khác hay không? (Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
25.	Em hoặc người bạn tình của em có dùng bao cao su trong lần sinh hoạt tình dục trước hay không? (Did you or your partner use a condom the last time you had sex?)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
<b>Em có: (Have you:)</b>		
26.	Bao giờ bị cưỡng ép hoặc bị áp lực để làm tình hay không? (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
27.	Bao giờ bị người khác đánh đập, tát tai, đá, hoặc đả thương thân thể hay không? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
28.	Bao giờ mang theo súng, dao, gậy, hoặc loại vũ khí nào khác hay không? (Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua
29.	<b>Em có thắc mắc nào khác hoặc quan tâm gì về sức khỏe của mình hay không?</b> (Do you have other questions or concerns about your health?) (Xin ghi rõ) (Please identify) _____ _____	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

### Tuyên Ngôn về Quyền Riêng Tư

Đạo Luật Năm 1977 về Thực Hành Thông Tin (Bộ Luật Dân Sự California 1798) và Đạo Luật về Quyền Riêng Tư của Liên Bang (5 USC 552a. Tiểu Phần (E)(3)) đòi hỏi phải đưa ra thông báo này khi thu thập dữ kiện cá nhân của mọi người. Các dữ kiện trong mẫu này là theo yêu cầu của nơi chăm sóc sức khỏe, chương trình sức khỏe, và Bộ Y Tế để cung cấp dịch vụ giáo dục sức khỏe. Tùy ý bệnh nhân có muốn cung cấp các dữ kiện trên mẫu này hay không. Nếu không cung cấp các chi tiết được yêu cầu này thì cũng không đưa đến hậu quả tai hại nào cho bệnh nhân. Các dữ kiện thu thập trong mẫu này sẽ được lưu trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân, và phải theo cùng quy định bảo vệ về y khoa và pháp lý như các dữ kiện khác trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân. Luật lệ tiểu bang gồm cả các điều kiện về phúc trình và giữ kín danh tính bệnh nhân đều được áp dụng cho các dữ kiện ghi trong mẫu này. Trong phạm vi luật lệ này, một số dữ kiện nào đó được thu thập trong mẫu này có thể được chuyển giao cho các cơ quan chính quyền tiểu bang và địa phương và các cơ quan giữ nhiệm vụ đặt quy chế kiểm soát, các chương trình sức khỏe, và nơi chăm sóc sức khỏe có hợp đồng.