

**THẨM ĐỊNH
"GIỮ GÌN SỨC KHỎE"
Trước Tuổi Thiếu Niên, 9-11 tuổi**

Patient Stamp

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

Tên trẻ (tên, họ)	Ngày sinh	Phái tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày hôm nay	For Clinical Use
Tên quý vị	Liên hệ với trẻ <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			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Quý vị và toán 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: Con quý vị có đi học hay không? Có Không Bỏ Qua

Interventions Code/Date/Initials _____

Con Quý Vi Có: (Does Your Child:)

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. Thường thường chỉ ăn ít các loại thức ăn chiên hoặc làm mau (fast foods) hay không? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
6. Chơi đùa tích cực 5 ngày mỗi tuần hay không? (Play actively 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
7. Cần xuống hoặc lên cân hay không? (Need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
8. Thường cảm thấy buồn rầu hoặc chán nản hay không? (Often feel sad or depressed?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
9. 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
10. Luôn luôn đeo dây an toàn khi ngồi trên xe hay không? (Always wear a seatbelt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
11. 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

For Clinical Use

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

				<i>For Clinical Use</i>		
				Interventions Code/Date/Initials		
<u>Con Quý Vị Có: (Does Your Child:)</u>						
12.	Chơi với bất cứ bạn nào có mang súng, dao, gậy, hoặc loại vũ khí nào khác hay không? (<i>Spend time with any friends who carry a gun, knife, club, or other weapon?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
13.	Ở hoặc đến nhà có người hút thuốc hay không? (<i>Spend time in a home with anyone who smokes?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
14.	Thường ra ngoài trời mà không bôi kem chống nắng hoặc không dùng các loại che nắng khác như nón hoặc áo hay không? (<i>Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
<u>Con Quý Vị Đã: (Has Your Child:)</u>						
15.	Có bao giờ hút thuốc hoặc nhai thuốc lá hay không? (<i>Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
16.	Có bao giờ uống rượu như bia, rượu vang, rượu ngọt, hoặc rượu mạnh hay không? (<i>Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
17.	Có bao giờ hút cần sa (marijuana), hít hồ keo, hoặc dùng các loại thuốc ngoài đường hay không? (<i>Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
18.	Có bạn bè hoặc người trong gia đình bị vấn đề về thuốc hoặc rượu hay không? (<i>Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
19.	Bắt đầu hẹn hò hoặc "có" bạn trai/bạn gái hay không? (<i>Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
20.	Có sinh hoạt tình dục (sex) chưa? (<i>Become sexually active?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
21.	Có bao giờ bị sờ soạng hoặc cưỡng hiếp tình dục hay không? (<i>Ever been molested or sexually abused?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
22.	Có bao giờ chứng kiến hoặc là nạn nhân bị hành hạ hoặc bạo động hay không? (<i>Ever witnessed or been a victim of physical abuse or violence?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
23.	Có vấn đề gì ở nhà hoặc ở trường hay không? (<i>Had problems at home or school?</i>)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
24.	Quý vị có thắc mắc nào khác hoặc quan tâm gì về sức khỏe của con quý vị hay không? (<i>Do you have other questions or concerns about your child's health?</i>) (Xin ghi rõ) (<i>Please identify</i>) _____ _____ _____	<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.