

Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

7 – 12 Buwan (7–12 Months)

Pangalan ng Bata (una at apilyedo)	Petsa ng Kapanganakan	<input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	Kasalukuyang Petsa	Nasa Child/Day Care? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Taong Sumasagot sa Form	<input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Kamag-anak <input type="checkbox"/> Kaibigan <input type="checkbox"/> Taga-Gabay <input type="checkbox"/> Ibang Tao (Pangalanan)			Kailangan mo ba ang tulong sa Form? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Paki sagot lahat ng mga katanungan sa form na ito sa lahat ng iyong makakaya. Bilugan “Huwag Sagutin” kung hindi mo alam ang sagot o ayaw mong sumagot. Siguradohing makipag-usap sa doktor kung meron kang katanungan sa anumang bagay sa pormang ito. Ang iyong mga kasagutan ay maprotektahan bilang bahagi ng iyong rekord medikal.

Kailangan ang Interpreter?
 Oo Hindi

Clinic Use Only:
Nutrition

1	Ikaw ba ay nagpapasuso sa iyong sanggol? <i>Breastfeeds baby?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
2	Ang iyong sanggol ba ay umiinom o kumakain ng 3 hainan ng pagkaing mayaman sa calcium araw-araw, katulad ng formula, gatas ng ina, keso, yogurt, gatas ng soya, o tofu? <i>Baby drinks/eats 3 serving of calcium rich foods daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
3	Nag-aalala ka ba tungkol sa timbang ng iyong sanggol? <i>Concerned about baby’s weight?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Physical Activity
4	Ang iyong sanggol ba ay nanunuod ng TV? <i>Baby watches any TV?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
5	Ang bahay mo ba ay mayroong gumaganang detektor ng usok? <i>Home has working smoke detector?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Safety
6	Binabaan mo na ba ang temperatura ng iyong tubig sa low-warm (mas mababa keysa sa 120 degrees)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
7	Kung ang iyong bahay ay mayroong mas marami kaysa sa isang palapag, mayroon ka bang mga safety guards na nasa mga bintana at gate para sa mga hagdanan? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
8	Ang iyong bahay ba ay may mga kagamitang panglinis, mga medikal, at mga posporo na naka kandado? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
9	Ang iyong bahay ba ay mayroong numero ng telepono ng Poison Control Center (800-222-1222) na naisulat sa telepono? <i>Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	

10	Palagi mo bang pinapatulog ang iyong sanggol sa pamamagitan ng kanyang likod? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
11	Palagi mo bang binabantayan ang iyong sanggol kung siya ay nasa paliguan? <i>Always stays with baby when in the bathtub?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
12	Palagi mo bang inilalagay ang iyong sanggol sa car seat sa likod na nakaharap sa pinakahuling upuan? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
13	Ang car seat ba na ginagamit mo ay angkop para sa edad at laki ng iyong sanggol? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
14	Ang iyong sanggol ba ay nagpapalipas ng oras malapit sa swimming pool, ilog, o lawa? <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
15	Ang iyong sanggol ba ay nananatili sa bahay na may naka tagong baril? <i>Baby spends time in a home where a gun is kept?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
16	Maliban sa formula, gatas ng ina, o tubig, nilalagyan mo pa ba ng iba ang boteng ibinibigay mo sa iyong sanggol? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Dental Health
17	Ang iyong sanggol ba ay nakikihalo-bilo sa isang taong naninigarilyo? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
18	Ikaw ba ay mayroong iba pang mga katanungan o pag-aalala tungkol sa kalusugan, paglaki o pag-uugali ng iyong sanggol? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Other Questions

Kung oo, paki larawan:

Clinic Use Only	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: