

# ánh Giá về Giữ Gìn Sức Khỏe

(Staying Healthy Assessment)

## 5 – 8 Tuổi (5 – 8 Years)

Tên của Trẻ (tên & họ)	Ngày Sinh	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	Hôm Nay là Ngày	Học Lớp Mấy ở Trường?
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)	Đi Học Có Thường Xuyên Không?		<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	Con của quý vị có ăn hoặc uống 3 phần thực phẩm giàu canxi như sữa, pho mát, sữa chua, sữa đậu nành hoặc đậu phụ mỗi ngày 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>	Nutrition
2	Con quý vị có ăn trái cây và rau ít nhất hai lần mỗi ngày không? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
3	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>	
4	Con của quý vị mỗi ngày có uống nhiều hơn một cốc nhỏ (4 - 6 ao-xơ.) nước hoa quả 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>	
5	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/sports/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>	
6	Con quý vị có tập thể dục, chơi thể thao hầu hết các ngày trong tuần không? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Physical Activity
7	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>	

8	Con quý vị có xem TV hoặc chơi trò chơi điện tử video dưới 2 tiếng mỗi ngày không? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Safety
9	Nhà quý vị có thiết bị báo khói đang hoạt động không? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
10	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>	
11	Nhà quý vị có số điện thoại của Trung Tâm Kiểm Soát Chất Độc (800-222-1222) dán gần máy điện thoại không? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
12	Quý vị có luôn đặt con vào ghế nâng ở hàng ghế sau (hoặc thắt dây an toàn nếu con quý vị đã cao hơn 4'9") không? <i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
13	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>	
14	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>	
15	Con quý vị có ở cùng hay chơi cùng bất kỳ ai có mang súng, dao hoặc vũ khí khác không? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
16	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, skateboard, or scooter?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
17	Con quý vị đã từng chứng kiến hoặc là nạn nhân của hành vi lạm dụng hay bạo lực chưa? <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
18	Con quý vị có bị đánh hoặc có đánh người khác trong năm vừa qua không? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	

19	<p>Con của quý vị có từng bị bắt nạt hoặc cảm thấy không an toàn ở trường hoặc ở khu lân cận của quý vị (hoặc bị bắt nạt trên internet) không? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i></p>	<p>Không <i>No</i></p>	<p>Có <i>Yes</i></p>	<p>Bỏ Qua <i>Skip</i></p>	
20	<p>Con quý vị có đánh răng và làm sạch kẽ răng mỗi ngày không? <i>Child brushes and flosses 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
21	<p>Con của quý vị có thường có vẻ buồn hoặc chán nản không? <i>Child often seems sad or depressed?</i></p>	<p>Không <i>No</i></p>	<p>Có <i>Yes</i></p>	<p>Bỏ Qua <i>Skip</i></p>	Mental Health
22	<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
23	<p>Quý vị có bất kỳ thắc mắc hay lo lắng nào khác đến sức khỏe hoặc hành vi của con quý vị không? <i>Any other questions or concerns about child's health 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:*

<b><i>Clinic Use Only</i></b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: