

Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

Wastong Gulang (Adult)

Pangalan ng Pasyente (una at apelyedo)	Petsa ng Kapanganakan	<input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	Kasalukuyang Petsa
--	-----------------------	---	--------------------

Pangalan ng Taong Sumasagot sa Porma (kung kailangan ng pasyente ang tulong)	<input type="checkbox"/> Miyembro ng Pamilya <input type="checkbox"/> Ibang Tao	<input type="checkbox"/> Kaibigan	Kailangan mo ba ng tulong sa Form? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
---	--	-----------------------------------	--

Paki tukuy:

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 maproprotektahan bilang bahagi ng iyong rekord medikal.

Kailangan ang Interpreter?

Oo Hindi

Clinic Use Only:

					Nutrition
1	Umiinom o kumakain ka ba ng 3 hain ng pagkaing mayaman-sa calcium sa araw-araw, katulad nga gatas, keso, yogurt, gatas na gawa sa soya, o tofu? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Nutrition
2	Kumakain ka ba ng mga prutas at mga gulay araw-araw? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
3	Limitado ba kung gaano kadami ang kinakain mong pinirito o fast food? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
4	Madali ka bang nakakakuha ng sapat na pagkaing nakakalusug? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
5	Umiinom ka ba ng soda, juice, inuming para sa mga manlalaro o inuming pampalakas karamihan sa mga araw ng linggo? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
6	Kumakain ka ba ng maramihan o kaunti lamang? <i>Often eats too much or too little food?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
7	Problema mo ba ngayon ang iyong timbang? <i>Concerned about weight?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
8	Ikaw ba ay nag-eehersisyo o nagkakaroon ng oras sa paggawa ng mga aktibidad, kagaya ng paglalakad, paghaharden, paglalanguy kahit man lang ½ na oras kada araw? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Physical Activity
9	Sa iyong pakiramdam ligtas ka ba kung saan ka nakatira? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Safety
10	Nagkaroon ka ba ng disgrasya sa kotse kamakailan? <i>Had any car accidents lately?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Safety

11	Ikaw ba ay tinamaan, sinampal, tinadyakan, o sinaktan sa pisikal ng kung sino sa loob noong isang taon? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
12	Ikaw ba ay palaging gumagamit ng sinturon ng upuan kung ikaw ay nagmamaneho o sumasakay sa kotse? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
13	Ikaw ba ay nagtatago ng baril sa loob ng iyong bahay o sa lugar kung saan ka nakatira? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
14	Ikaw ba ay nagsisipilyo at nag-flo-floss ng iyong ngipin araw-araw? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Dental Health
15	Ikaw ba minsan ay nakakaramdam ng lungkot, pagkawala ng pag-asa, galit, o pag-aalala? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Mental Health
16	Ikaw ba ay nagkakaroon ng problema sa pagtulog? <i>Often has trouble sleeping?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
17	Ikaw ba ay naninigarilyo o ngumunguya ng tabako? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	Ang iyong mga kaibigan o mga miyembro ng pamilya ba ay naninigarilyo sa inyong bahay o sa lugar kung sa ka nakatira? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
19	Nitong nakaraang taon, ikaw ba ay: <input type="checkbox"/> (mga lalaki) 5 o higit pang mga inumin na may alak sa isang araw? <input type="checkbox"/> (mga babae) 4 o higit pang mga inumin na may alak sa isang araw? <i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
20	Ikaw ba ay gumagamit ng alin man sa mga droga, o gamot para tumulong sa iyong pagtulog, pang-relax, pangkalma, pangpabuti ng iyong pakiramdam, o pangbawas ng timbang? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
21	Sa palagay mo ba ikaw o ang iyong kapareha ay maaaring buntis? <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	Sa palagay mo ba ikaw o ang iyong kapareha ay baka nahawaan ng inpeksiyon galing sa pakikipagtalik (STI), tulad ng Chlamydia, Gonorrhea, genital warts, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
23	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik na hindi gumamit ng pangontra sa pagbubuntis sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	

24	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik sa mga ibang tao sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
25	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik na walang condom sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
26	Ikaw ba ay minsan nang pinilit o naubliga na magkaroon ng pakikipagtalik? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
27	Ikaw ba ay mayron pang ibang katanungan o mga pag-aalala tungkol sa iyong kalusugan? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	

Other Questions

Kung oo, paki larawan:

<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"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<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:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: