

Đánh Giá về Giữ Gìn Sức Khỏe

(Staying Healthy Assessment)

0 – 6 Tháng (0 – 6 Months)

Tên của Trẻ (tên & họ)	Ngày Sinh	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	Hôm Nay là Ngày	Có tham gia Dịch Vụ Chăm Sóc Trẻ Em/Ban Ngày không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người Điền Mẫu	<input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Người Khác (Ghi Rõ)	<input type="checkbox"/> Họ Hàng	<input type="checkbox"/> Bạn Bè	Cần Hỗ Trợ Điền Mẫu? <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	Quý vị có cho con bú sữa mẹ không? <i>Breastfeeds baby?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Physical Activity
2	Quý vị có lo lắng về cân nặng của con không? <i>Concerned about baby's weight?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
3	Con của quý vị có xem TV không? <i>Baby watches any TV?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
4	Nhà quý vị có thiết bị báo khói đang hoạt động không? <i>Home has working smoke detector?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Safety
5	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>	
6	Nếu nhà quý vị có nhiều hơn một tầng, quý vị có các thanh chắn an toàn trên cửa sổ và cửa cầu thang không? <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
7	Nhà quý vị có các dụng cụ chùi rửa, thuốc men và bao diêm có cất trong tủ khóa không? <i>Cleaning supplies, medicines and matches are locked away?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
8	Nhà quý vị có số điện thoại của Trung Tâm Kiểm Soát Chất Độc (800-222-1222) được 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>	
9	Quý vị có luôn đặt con nằm ngửa để ngủ không? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	

10	Quý vị có luôn ở bên cạnh khi con ở trong bồn tắm không? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
11	Quý vị có luôn đặt con trong ghế xe quay ra phía sau ở hàng ghế sau không? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
12	Quý vị có sử dụng ghế xe đúng với tuổi và kích thước của con không? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
13	Con của quý vị có ở hoặc chơi trong nhà có cất giữ súng không? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
14	Quý vị có đưa cho con chai chứa bất kỳ thứ gì ngoại trừ sữa nhân tạo, sữa mẹ, hoặc nước không? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Dental Health
15	Con quý vị có ở hay chơi cùng bất kỳ người hút thuốc nào không? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
16	Quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc lo lắng nào khác về sức khỏe, sự phát triển hay hành vi của con quý vị không? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Other Questions

Nếu có, vui lòng mô tả:

<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"/> 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: