

# Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

**0 – 6 Buwan** (0 – 6 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"/> Taga-abay	<input type="checkbox"/> Kamag-anak <input type="checkbox"/> Ibang Tao (Pangalanan)	<input type="checkbox"/> Kaibigan	Kailangan mo ba ng tulong sa Form? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<p><i>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 mapropektahan bilang bahagi ng iyong rekord medikal.</i></p>				Kailangan ang Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<b>Clinic Use Only:</b>
1	Pinapasuso mo ba ang iyong sanggol? <i>Breastfeeds baby?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i> Nutrition
2	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
3	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>
4	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
5	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>
6	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 window and gates for stairs in multi-level home?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>
7	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>
8	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 the Poison Control Center posted by phone?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>
9	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>

10	Palagi mo bang binabantayan ang iyong sanggol kung siya ay nasa paliguan? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
11	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>	
12	Ang ginagamit mo bang car seat ay ang 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>	
13	Ang iyong sanggol ba ay nananatili sa bahay na may naka tagong baril? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
14	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
15	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
16	Mayroong ka pa bang ibang 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:*

<b>Clinic Use Only</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: