

Đánh Giá về Giữ Gìn Sức Khỏe*(Staying Healthy Assessment)***12 – 17 Tuổi** (12 – 17 Years)

Tên (tên & họ)	Ngày Sinh	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	Hôm Nay là Ngày	Lớp Mấy ở Trường:
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	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:

		Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
1	Quý vị có uống hoặc ăn 3 phần thực phẩm giàu canxi chẳng hạn như sữa, pho mát, sữa chua, sữa đậu nành hoặc đậu phụ hàng ngày hay không? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>				Nutrition
2	Quý vị có ăn trái cây và rau ít nhất 2 lần mỗi ngày hay không? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>				
3	Quý vị có ăn thực phẩm có hàm lượng chất béo cao chẳng hạn như thức ăn chiên rán, khoai tây chiên, kem hay bánh pizza nhiều hơn một lần mỗi tuần hay không? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>				
4	Mỗi ngày quý vị có uống nhiều hơn 12 oz (1 lon xô-đa) nước ép trái cây, đồ uống thể thao, nước tăng lực hoặc cà phê có đường hay không? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>				
5	Quý vị có tập thể dục hay chơi thể thao hầu hết các ngày trong tuần không? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>				Physical Activity
6	Quý vị có lo lắng về cân nặng của mình hay không? <i>Concerned about weight?</i>				
7	Quý vị có xem ti vi hay chơi trò chơi điện tử video ít hơn 2 tiếng mỗi ngày hay không? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>				
8	Nhà quý vị có thiết bị báo khói đang hoạt động không? <i>Home has working smoke detector?</i>				Safety
9	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>				
10	Quý vị có luôn thắt dây an toàn khi đi trên xe ô tô không? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>				
11	Quý vị có ở hay chơi ở nhà có cất súng không? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>				

12	Quý vị có chơi với ai có mang súng, dao hoặc vũ khí khác không? <i>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>	
13	Quý vị có luôn đội mũ bảo hiểm khi đi xe đạp, trượt ván hoặc đi xe trượt scooter không? <i>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>	
14	Quý vị đã bao giờ chứng kiến hành vi lạm dụng hay bạo lực hay chưa? <i>Ever witnessed abuse or violence?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
15	Quý vị có bị người nào đánh, bạt tai, đá hoặc làm bị thương thân thể (hay quý vị có làm người khác bị thương) trong năm vừa qua không? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
16	Quý vị đã bao giờ bị bắt nạt hoặc cảm thấy không an toàn khi ở trường hoặc khu lân cận (hoặc bị bắt nạt trên internet) hay chưa? <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
17	Quý vị có đánh răng hay làm sạch kẽ răng của mình hàng ngày hay không? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Dental Health
18	Quý vị có thường cảm thấy buồn, chán nản hay tuyệt vọng hay không? <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Mental Health
19	Quý vị có ở hay chơi cùng ai có hút thuốc hay không? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	Quý vị có hút thuốc hoặc nhai thuốc lá hay không? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
21	Quý vị có sử dụng hay hít bất kỳ dược chất nào để có cảm giác hưng phấn chẳng hạn như cần sa, côcain, côcain nguyên chất, Methamphetamine (meth), thuốc kích thích, v.v... hay không? <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
22	Quý vị có sử dụng dược phẩm không kê theo toa cho mình hay không? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
23	Quý vị có uống rượu một lần một tuần trở lên hay không? <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
24	Nếu quý vị uống rượu, quý vị có uống đến mức say hoặc không tỉnh táo hay không? <i>If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
25	Quý vị có bạn bè hoặc thành viên trong gia đình gặp vấn đề về ma túy hay rượu không? <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
26	Quý vị có lái xe sau khi uống rượu hoặc đi trên xe được lái bởi người đã uống rượu hoặc sử dụng ma túy không? <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	

Chúng tôi không thể chia sẻ câu trả lời của quý vị về giới tính và kế hoạch hóa gia đình với bất kỳ ai, kể cả phụ huynh của quý vị mà không có sự cho phép của quý vị.

27	Quý vị đã bao giờ bị cưỡng ép hoặc bị áp lực phải quan hệ tình dục hay chưa? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	Quý vị đã bao giờ quan hệ tình dục (bằng đường miệng, âm đạo hoặc hậu môn) hay chưa? <i>Nếu không, hãy bỏ qua đến câu hỏi 35. Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
29	Quý vị có nghĩ mình hoặc bạn tình của mình có thể mắc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) chẳng hạn như, Chlamydia, Bệnh Lậu, sùi mào gà, v.v... không? <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
30	Quý vị hay (những) bạn tình của mình có quan hệ tình dục với những người khác trong năm vừa qua không? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
31	Quý vị hoặc (những) bạn tình của mình có quan hệ tình dục mà không sử dụng biện pháp ngừa thai trong năm vừa qua không? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
32	Quý vị có sử dụng biện pháp ngừa thai trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất không? <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
33	Quý vị hoặc (những) bạn tình của mình có quan hệ tình dục mà không sử dụng bao cao su trong năm vừa qua không? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
34	Quý vị hoặc bạn tình của mình có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất không? <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
35	Quý vị có bất cứ câu hỏi nào về khuynh hướng tình dục của mình (người mà quý vị bị thu hút) hoặc nhận dạng giới tính (quý vị cảm thấy mình là con trai, con gái, hoặc giới tính khác) không? <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
36	Quý vị có thắc mắc hay lo lắng nào khác về sức khỏe của mình không? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Other Questions

Nếu có, vui lòng mô tả:

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"/>	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"/>	
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:	

Patient Declined the SHA