Đánh Giá về Giữ Gìn Sức Khỏe

(Staying Healthy Assessment)

Người Lớn *(Adult)*

Tên Bệnh Nhân (tên & họ)	Ngày Sinh	☐ Nữ ☐ Nam	Hôm Nay là Ngày
Người Hoàn Thành Mẫu Đơn *(nếu bệnh nhân cần trợ giúp)*	☐ Thành Viên Gia Đình ☐ Bạn Bè ☐ Khác *Vui lòng ghi rõ:*		Cần hỗ trợ điền mẫu? ☐ Có ☐ 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 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? *Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
2	Quý vị có ăn trái cây và rau hàng ngày không? *Eats fruits and vegetables every day?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
3	Quý vị có giới hạn lượng thức ăn chiên hoặc thức ăn nhanh mà quý vị ăn không? *Limits the amount of fried food or fast food taken?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
4	Quý vị có thể dễ dàng ăn đủ thức ăn có lợi cho sức khỏe không? *Easily able to get enough healthy food?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
5	Quý vị có uống nước xô-đa, nước ép trái cây, đồ uống thể thao hoặc nước tăng lực hầu hết các ngày trong tuần không? *Drinks soda, juice/ sports/ energy drinks most days of the week?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
6	Quý vị có thường ăn quá nhiều hoặc quá ít thức ăn không? *Often eats too much or too little food?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
7	Quý vị có lo lắng về cân nặng của mình hay không? *Concerned about weight?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
					Physical Activity
8	Quý vị có tập thể dục hoặc dành ½ tiếng một ngày cho các hoạt đ ng như i bộ, làm vườn, bơi lội không? *Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
					Safety
9	Quý vị có cảm thấy an toàn ở nơi quý vị sống không? *Feels safe where she/he lives?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	

10	Gần đây quý vị có bị tai nạn ô tô nào hay không? *Had any car accidents lately?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
11	Quý vị có bị người nào đánh, bạt tai, hay làm bị thương thân thể trong năm vừa qua không? *Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
12	Quý vị có luôn thắt dây an toàn khi lái xe hoặc đi trên xe không? *Always wears a seat belt when driving or riding in a car?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	
13	Quý vị có cất súng trong nhà hoặc nơi ở của mình không? *Keeps a gun in house or place where she/he lives?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
14	Quý vị có đánh răng hay làm sạch kẽ răng của mình hàng ngày hay không? *Brushes and flosses teeth daily?*	Có *Yes*	Không *No*	Bỏ Qua *Skip*	Dental Health
15	Quý vị có thường cảm thấy buồn chán, tuyệt vọng, giận dữ hay lo lắng không? *Often feels sad, hopeless, angry, or worried?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	Mental Health
16	Quý vị có thường gặp vấn đề về ngủ không? *Often has trouble sleeping?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
17	Quý vị có hút thuốc hay nhai thuốc lá không? *Smokes or chews tobacco?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	Bạn bè hoặc thành viên gia đình có hút thuốc trong nhà hoặc nơi ở của quý vị không? *Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
19	Trong năm vừa qua, quý vị có uống: ☐ **(nam giới)** từ 5 ly rượu bia trở lên trong một ngày hay không? ☐ **(phụ nữ)** từ 4 ly rượu bia trở lên trong một ngày hay không? *Had (5 or more for men) or (4 or more for women) alcohol drinks in one day?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
20	Quý vị có sử dụng bất kỳ thuốc hoặc dược phẩm nào giúp quý vị ngủ, thư giãn, bình tĩnh, cảm thấy khỏe hơn hay giảm cân không? *Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	
21	Quý vị có nghĩ mình hay bạn tình của mình có thể mang thai không? *Thinks she/he or your partner could be pregnant?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	Sexual Issues
22	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? *Thinks she/he or partner could have an STI?*	Không *No*	Có *Yes*	Bỏ Qua *Skip*	

23	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? *She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
24	Quý vị hay (những) bạn tình của mình có quan hệ tình dục với những người khác trong năm vừa qua không? *She/he or partner(s) has sex with other people in the past year?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
25	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? *She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
26	Quý vị đã bao giờ bị cưỡng ép hoặc bị p lực phải quan hê tình dục hay chưa? *Ever been forced or pressured to have sex?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	
27	Quý vị có thắc mắc hay lo lắng nào khác về sức khỏe của mình không? *Any other questions or concerns about health?*	Không *No* ○	Có *Yes* ○	Bỏ Qua *Skip* ○	Other Questions

Nếu có, vui lòng mô tả:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	☐ **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: