

Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

Mantandang lalaki/babae (Senior)

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 mapropektahan bilang bahagi ng iyong rekord medikal.

Kailangan ang Interpreter?
 Oo Hindi

Clinic Use Only:

	Pangalan ng Pasyente (una at apelyedo)	Petsa ng Kapanganakan	<input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	Kasalukuyang Petsa	
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/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)</i>		Oo (Yes) Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	Nutrition
2	Kumakain ka ba ng mga prutas at mga gulay araw-araw? <i>(Eats fruits and vegetables every day?)</i>		Oo (Yes) Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	
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 (Yes) Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	
4	Madali ka bang nakakakuha ng sapat na pagkaing nakakalusug? <i>(Easily able to get enough healthy food?)</i>		Oo (Yes) Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	
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 (No) Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
6	Kumakain ka ba ng maramihan o kaunti lamang? <i>(Often eats too much or too little food?)</i>		Hindi (No) Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
7	Ikaw ba ay nagkakaroon ng hirap na pag-nguya o paglunuk? <i>(Has difficulty chewing or swallowing?)</i>		Hindi (No) Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
8	Problema mo ba ngayon ang iyong timbang? <i>(Concerned about weight?)</i>		Hindi (No) Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
9	Ikaw ba ay nag-eehersisyo o nagkakaroon oras sa paggawa ng mga aktibidad, kagaya ng paglalakad, paghaharden, o paglalanguy kahit man lang ½ oras kada araw? <i>(Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?)</i>		Oo (Yes) Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	Physical Activity
10	Sa iyong pakiramdam ligtas ka ba kung saan ka nakatira? <i>(Feels safe where she/he lives?)</i>		Oo (Yes) Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	Safety

11	Ikaw ba ay may kahirapang tandaan ang oras ng pag-inom ng inyong mga gamot? <i>(Often has trouble keeping track of medicines?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
12	Ang mga miyembro ba ng iyong pamilya o mga kaibigan ay nag-aalala sa iyong pagmamaneho? <i>(Family members/friends worried about her/his driving?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
13	Nagkaroon ka ba ng disgrasya sa kotse kamakailan? <i>(Had any car accidents lately?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
14	Nahuhulog ka ba minsan at nasasaktan mo ang iyong sarili, o nahihirapan ka bang tumayo? <i>(Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
15	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 past year?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
16	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 (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
17	Ikaw ba ay nagsisipilyo at nag-flo-floss ng iyong ngipin araw-araw? <i>(Brushes and flosses teeth daily?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	Dental Health
18	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 (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	Mental Health
19	Ikaw ba ay nagkakaroon ng problema sa pagtulog? <i>(Often has trouble sleeping?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
20	Sa iyong palagay o sa palagay ng iba ikaw ba ay nagkakaroon ng problema sa pag-alala ng mga bagay? <i>(Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
21	Ikaw ba ay naninigarilyo o ngumunguya ng tabako? <i>(Smokes or chews tobacco?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	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 (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
23	Ikaw ba ay umiinum ng 2 o mas maraming inuming may alkohol sa bawat araw? <i>(Drinks 2 or more alcoholic drinks per day?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
24	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 (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	

25	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 (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	Sexual Issues
26	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 (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
27	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik na walang condom sa loob ng nakaraang taon? <i>(She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
28	Ikaw ba ay minsan nang pinilit o naubliga na magkaroon ng pakikipagtalik? <i>(Ever been forced or pressured to have sex?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
29	Mayroon bang tao na tutulong sa iyo para gagawa ng mga desisyon tungkol sa iyong kalusugan at pangangalagang medikal? <i>(Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	Independent Living
30	Ikaw ba ay nanganga-ilangan ng tulong maligo, kumain, maglakad, magbihis, o gumamit ng banyo? <i>(Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
31	Mayroon ka bang matawagan para hingian ng tulong sa oras ng emerhensiya? <i>(Has someone to call when needs help in an emergency?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	
32	Ikaw ba ay mayron pang ibang katanungan o mga pag-aalala tungkol sa iyong kalusugan? <i>(Any other questions or concerns about your health?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	

Kung oo, paki larawan:

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"/> Patient Declined the SHA
<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"/> Independent Living	<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:		