

Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

3 – 4 Taon (3 – 4 Years)

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"/> Kamag-anak <input type="checkbox"/> Kaibigan <input type="checkbox"/> Taga-Gabay <input type="checkbox"/> Ibang Tao (Pangalanan)			Kailangan mo ba ng tulong sa Form? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

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:
Nutrition

1	Ang iyong anak ba ay umiinom o kumakain ng 3 hainan ng pagkaing mayaman-sa calcium araw-araw, katulad ng gatas, keso, yogurt, gatas ng soya, o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	Nutrition
2	Ang anak mo ba ay kumakain ng mga prutas at gulay dalawang beses man lang sa bawat araw? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
3	Ang anak mo ba ay kumakain ng mga pagkaing mayaman sa taba, katulad ng mga pritong pagkain, chips, ice cream, o pizza mas marami sa isang besis isang linggo? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
4	Ang anak mo ba ay umiinom ng mas marami kaysa maliit na tasa (4 – 6 oz. tasa) ng juice sa bawat araw? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
5	Ang anak mo ba ay umiinom ng soda, mga inuming juice, inumin para sa manlalaro, inuming pampalakas, o iba pang inuming matatamis na mas marami kaysa isa sa bawat linggo? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
6	Ang iyong anak ba ay naglalarong aktibo karamihan sa mga araw ng linggo? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	Physical Activity
7	Nag-aalala ka ba sa timbang ng iyong anak? <i>Concerned about child's weight?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
8	Ang iyong anak ba ay nanunuod ng TV o naglalaro ng video games mas maliit kaysa 2 oras sa bawat araw? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	

9	Ang bahay mo ba ay mayroong gumaganang detektor ng usok? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	Safety
10	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 Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
11	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 windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
12	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 Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
13	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 Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
14	Palagi mo bang binabantayan ang iyong anak kung siya ay nasa paliguan? <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
15	Palagi mo bang inilalagay ang iyong anak sa car seat sa likod na nakaharap sa pinakahuling upuan? <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
16	Ang ginagamit mo bang car seat ay ang angkop para sa edad at laki ng iyong anak? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
17	Palagi mo bang tinitignan kung may bata bago mo iatras palabas ang iyong kotse? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
18	Ang iyong anak ba ay nagpapalipas ng oras malapit sa swimming pool, ilog, o lawa? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
19	Ang iyong anak ba ay nananatili sa bahay na may naka tagong baril? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
20	Ang iyong anak ba ay palaging nagsusuot ng helmet kung sumasakay ng bisekleta, skatebaord, o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	

21	Ang iyong anak ba ay nakakita na o naging isa na siyang biktima ng pang-aabuso o bayulente? <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
22	Tinutulungan mo ba ang iyong anak na magsipilyo at floss ng ngipin niya araw-araw? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Dental Health
23	Ang iyong anak ba ay nakikihalo-bilo sa isang taong naninigarilyo? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
24	Mayroon ka bang iba pang mga katanungan o pag-aalala tungkol sa paglaki, kalusugan o pag-uugali ng iyong anak? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Other Questions

Kung oo, paki larawan:

<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:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: