

Patient Stamp

Patient Number

Plan Name/Number

If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ Дети в возрасте 0-3 лет

Имя, фамилия ребенка	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> муж. <input type="checkbox"/> жен.	Дата заполнения	For Clinical Use	
Имя, фамилия заполняющего	Юридический статус заполняющего по отношению к ребенку <input type="checkbox"/> Отец или мать <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Родственник <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Прочее			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<p>Ваше сотрудничество с группой медицинских работников, обслуживающих ребенка, поможет сохранению и укреплению его здоровья. Пожалуйста, ответьте на приведенные ниже вопросы настолько точно, насколько это возможно. Вы можете отметить галочкой (✓) квадраты с надписью «Пропуск», если Вы не знаете ответ или не желаете отвечать на вопрос. Вы можете обсудить любые из вопросов с представителем обслуживающего Вас медицинского учреждения. Ваши ответы, сохраняющиеся в медицинской карте ребенка, будут считаться конфиденциальной информацией.</p>				Annual Review Date/Initials	
<p>Пример вопроса и ответа. Посещает ли Ваш ребенок ясли?</p>				Interventions Code/Date/Initials	
				<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пропуск	
Вопросы об обеспечении безопасности Вашего ребенка в доме: (Does Your Home Have?)					
1. Есть ли у Вас в доме действующий детектор дыма? (A working smoke detector?)	Да	Нет	Пропуск		
2. Есть ли у Вас в доме кран с горячей водой, которая может обжечь ребенка? (Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)	Нет	Да	Пропуск		
3. Есть ли у Вас в доме заборчики или ограждения, предотвращающие падение ребенка из окон и с лестничных площадок выше первого этажа? (Window guards and stair gates above the first floor?)	Да	Нет	Пропуск		
4. Храните ли Вы моющие средства, лекарства и спички в запечатом шкафу? (Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)	Да	Нет	Пропуск		
5. Есть ли у Вас номер телефона отделения помощи при отравлениях возле телефонного аппарата? (The phone number for the poison control center posted by your telephone?)	Да	Нет	Пропуск		
Вопросы о Вашей деятельности с ребенком: (Do You:)					
6. Всегда ли Вы укладываете ребенка спать на спине, если ему/ей меньше 12 месяцев? (Always put your child to sleep on his/her back, if younger than 12 months of age?)	Да	Нет	Пропуск		
7. Когда-либо укладываете ребенка спать с бутылочкой сока, молока или газированного напитка? (Ever put your child to sleep with a bottle of juice, milk, or soda?)	Нет	Да	Пропуск		
8. Следите ли Вы ежедневно за тем, чтобы у ребенка были почищены зубы? (Make sure your child's teeth are brushed every day?)	Да	Нет	Пропуск		
9. Всегда находитесь рядом с ребенком, когда он/она находится в ванне? (Always stay with your child when she/he is in the bathtub?)	Да	Нет	Пропуск		
10. Всегда ли Вы сажаете ребенка в специальное детское сидение и пристегиваете его ремнем безопасности на заднем сидении? (Always put your child in a car seat and seat belt in the back seat of the car?)	Да	Нет	Пропуск		
11. Всегда ли обходите автомобиль и проверяете нет ли сзади детей перед тем, как выезжать задним ходом? (Always walk around your car to check for children before backing out?)	Да	Нет	Пропуск		
For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

		<i>For Clinical Use</i>		
		Interventions Code/Date/Initials		
Вопросы, относящиеся к образу жизни Вашего ребенка: (Does Your Child:)				
12.	Получает ли ребенок медицинские услуги от кого-либо, кроме врача (например, специалиста по иглоукалыванию, знатока целебных трав, знахаря или другого целителя)? (Receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero or other healer?))	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
13.	Кормят ли ребенка грудью? (Breastfeed?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
14.	Получает ли ребенок жидкое детское питание, молоко или йогурт не реже 2 раз в день? (Drink formula, milk, or eat yogurt at least 2 times each day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск
15.	Ест ли ребенок фрукты и овощи каждый день? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск
16.	Дают ли ребенку пищу, которой он может подавиться и задохнуться (например, орехи, воздушную кукурузу, сосиски, целые ягоды винограда или твердые конфеты)? (Eat foods that may cause choking such as nuts, popcorn, hotdogs, whole grapes, or hard candy?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17.	Проводит ли ребенок время в доме или квартире с бассейном или джакуззи? (Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18.	Проводит ли ребенок время в доме, где хранится огнестрельное оружие? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19.	Проводит ли ребенок время в доме, где кто-нибудь курит? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
20.	Часто ли ребенок проводит время на улице без покрытия кожи солнцезащитным кремом, либо без другой защиты от солнца, такой как панамы или рубашка? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21.	Был ли Ваш ребенок когда-либо свидетелем или жертвой жестокости или насилия? (Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
22.	Есть ли у Вас какие-либо другие вопросы или беспокойства о здоровье Вашего ребенка? (Do you have other questions or concerns about your child's health?) (Пожалуйста, укажите) (Please identify) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

Извещение о неразглашении информации

Закон о хранении и публикации информации от 1977 года (раздел 1798 гражданского правового кодекса штата Калифорния) и федеральный закон о неразглашении информации (том 5, раздел 552а, подраздел Е, пункт 3 свода федеральных законов США) требуют, чтобы в ходе сбора личной информации о частных лицах публиковалось данное извещение о неразглашении данной информации. Информация, собираемая при помощи этой анкеты, запрашивается обслуживающим Вас медицинским учреждением, страховым планом и Департаментом здравоохранения с целью предоставления общеобразовательных услуг в области здравоохранения. Пациент имеет право предоставлять или не предоставлять запрашиваемую в этой анкете информацию. Непредоставление запрашиваемой информации не приведет к каким-либо неблагоприятным последствиям. Информация, полученная с помощью данной анкеты, будет храниться в медицинской карте пациента и будет охраняться теми же законами, какими охраняется любая информация в медицинской карте пациента. Законы и постановления правительства штата, предусматривающие требования по подготовке отчетов и защите конфиденциальной информации о пациентах, применимы в отношении всей информации, полученной с помощью этой анкеты. В пределах, предусмотренных такими законами и постановлениями, некоторые виды информации, полученные с помощью этой анкеты, могут быть переданы в учреждения правительства штата и области, в страховые планы, имеющие контракт с правительством, и в медицинские учреждения.