

**THẨM ĐỊNH  
"GIỮ GÌN SỨC KHỎE"  
Trẻ Em, 4-8 tuổi**

**Patient Stamp**

Patient Number

Plan Name/Number

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

Tên trẻ (tên, họ)	Ngày sinh	Phái tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày hôm nay	<b>For Clinical Use</b> Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tên quý vị	Liên hệ với trẻ <input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Người giám hộ <input type="checkbox"/> Thân nhân <input type="checkbox"/> Bạn hữu <input type="checkbox"/> Người khác			

**Quý vị và toán chăm sóc sức khỏe của con quý vị có thể cùng nhau làm việc để có được sức khỏe tốt hơn. Xin trả lời các câu hỏi sau đây theo hết khả năng của quý vị. Quý vị có thể đánh dấu (✓) vào ô "Bỏ Qua" nếu quý vị không biết câu trả lời hoặc không muốn trả lời. Quý vị có thể hỏi nơi phục vụ về bất cứ câu hỏi nào. Các câu trả lời của quý vị sẽ được giữ kín như một phần trong hồ sơ y khoa của con quý vị.**

<b>Câu Hỏi Đáp Là Mẫu: Con quý vị có chơi thể thao hay không?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	<b>Annual Review</b> Date/Initials

<b>Nhà Quý Vị Có: (Does Your Home Have:)</b>				<b>Interventions</b> Code/Date/Initials
1.	Máy báo động khói (smoke detector) còn tốt không? (A working smoke detector?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
2.	Vòi nước nóng đến mức làm phỏng con quý vị hay không? (Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
3.	Trên lầu có miếng chắn an toàn cửa sổ hay không? (Window guards above the first floor?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
4.	Các loại thuốc chùi rửa, thuốc men, và hộp quẹt có cất trong tủ khóa hay không? (Cleaning supplies, medicines and matches in a locked cabinet?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
5.	Số điện thoại của trung tâm giải độc có được dán nơi gần máy điện thoại hay không? (The phone number for the poison control center posted by your telephone?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
<b>Con Quý Vị Có: (Does Your Child:)</b>				
6.	Được ai khác chăm sóc sức khỏe ngoài vị bác sĩ y khoa (chẳng hạn như một chuyên viên châm cứu, thầy thuốc bắc, thầy thuốc nam, hoặc thầy thuốc nào khác) hay không? (Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
7.	Đi nha sĩ ít nhất mỗi năm một lần hay không? (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
8.	Uống sữa hoặc ăn da ua hay phô mai (cheese) mỗi ngày ít nhất 2 lần hay không? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 2 times each day?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
9.	Ăn trái cây và rau mỗi ngày? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua
10.	Thường thường chỉ ăn ít các loại thức ăn chiên hoặc làm mau (fast foods) hay không? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua

*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>		
				<b>Interventions Code/Date/Initials</b>		
<b><u>Con Quý Vị Có: (Does Your Child:)</u></b>						
11.	Chơi đùa tích cực 5 ngày mỗi tuần hay không? ( <i>Play actively 5 days a week?</i> )	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
12.	Cần xuống hoặc lên cân hay không? ( <i>Need to lose or gain weight?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
13.	Bao giờ chơi ngoài đường hoặc ở sân trước mà không có ai trông giữ hay không? ( <i>Ever play in the street or unsupervised in the front yard?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
14.	Luôn luôn dùng ghế đôn và đeo dây an toàn khi ngồi trên xe hay không? ( <i>Always use a booster seat and seat belt when riding in a car?</i> )	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
15.	Luôn luôn đội nón an toàn khi đạp xe đạp hoặc trượt ván bánh xe hay không? ( <i>Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?</i> )	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
16.	Ở hoặc đến một nhà hoặc tòa chung cư nào có hồ bơi hoặc bồn ngâm nước nóng hay không? ( <i>Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
17.	Ở hoặc đến nhà mà nơi đó có cất súng hay không? ( <i>Spend time in a home where a gun is kept?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
18.	Ở hoặc đến nhà có người hút thuốc hay không? ( <i>Spend time in a home with anyone who smokes?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
19.	Thường ra ngoài trời mà không bôi kem chống nắng hoặc không dùng các loại che nắng khác như nón hoặc áo hay không? ( <i>Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
<b><u>Con Quý Vị Đã: (Has Your Child:)</u></b>						
20.	Có bao giờ chứng kiến hoặc là nạn nhân bị hành hạ hoặc bạo động hay không? ( <i>Ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
21.	Có vấn đề gì ở nhà hoặc ở trường hay không? ( <i>Had any problems at home or school?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
22.	<b>Quý vị có thắc mắc nào khác hoặc quan tâm gì về sức khỏe của con quý vị hay không?</b> ( <i>Do you have other questions or concerns about your child's health?</i> )	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua		
	(Xin ghi rõ) ( <i>Please identify</i> ) _____ _____ _____ _____					

*For Clinical Use*

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

**Tuyên Ngôn về Quyền Riêng Tư**

Đạo Luật Năm 1977 về Thực Hành Thông Tin (Bộ Luật Dân Sự California 1798) và Đạo Luật về Quyền Riêng Tư của Liên Bang (5 USC 552a, Tiểu Phần (E)(3)) đòi hỏi phải đưa ra thông báo này khi thu thập dữ kiện cá nhân của mọi người. Các dữ kiện trong mẫu này là theo yêu cầu của nơi chăm sóc sức khỏe, chương trình sức khỏe, và Bộ Y Tế để cung cấp dịch vụ giáo dục sức khỏe. Tùy ý bệnh nhân có muốn cung cấp các dữ kiện trên mẫu này hay không. Nếu không cung cấp các chi tiết được yêu cầu này thì cũng không đưa đến hậu quả tai hại nào cho bệnh nhân. Các dữ kiện thu thập trong mẫu này sẽ được lưu trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân, và phải theo cùng quy định bảo vệ về y khoa và pháp lý như các dữ kiện khác trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân. Luật lệ tiểu bang gồm cả các điều kiện về phúc trình và giữ kín danh tính bệnh nhân đều được áp dụng cho các dữ kiện ghi trong mẫu này. Trong phạm vi luật lệ này, một số dữ kiện nào đó được thu thập trong mẫu này có thể được chuyển giao cho các cơ quan chính quyền tiểu bang và địa phương và các cơ quan giữ nhiệm vụ đặt quy chế kiểm soát, các chương trình sức khỏe, và nơi chăm sóc sức khỏe có hợp đồng.