

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ Дети до подросткового возраста, 9-11 лет

Patient Stamp

Patient Number

Plan Name/Number

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

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: Ходит ли Ваш ребенок в школу?</p>			<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пропуск	Interventions Code/Date/Initials	
Вопросы, относящиеся к образу жизни Вашего ребенка: (Does Your Child?)					
1. 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		
2. Посещает ли ребенок зубного врача не менее одного раза в году? (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
3. Дают ли ребенку молоко, йогурт или сыр не реже двух раз в день? (Drink milk or ear yogurt or cheese at least 2 times each day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
4. Кушает 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		
5. Кушает ли ребенок лишь ограниченное количество жареной пищи или продуктов питания из закусовых быстрого обслуживания? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
6. Играет ли ребенок в подвижные игры как минимум пять дней в неделю? (Play actively 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
7. Нужно ли ребенку сбросить или набрать вес? (Need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
8. Часто ли ребенок находится в печальном или подавленном настроении? (Often feel sad or depressed?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
9. Всегда ли Вы одеваете на ребенка защитный шлем перед тем, как он идет кататься на велосипеде или роликовой доске? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
10. Всегда ли ребенок пристегивается ремнем безопасности, когда Вы везете его в автомобиле? (Always wear a seatbelt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
11. 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		
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.	Проводит ли ребенок какое-то время с друзьями, которые носят с собой огнестрельное оружие, ножи, бейсбольные биты или другие виды оружия? (Spend time with any fiends who carry a gun, knife, club or other weapon?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
13.	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
14.	Часто ли ребенок проводит время на улице без покрытия кожи солнцезащитным кремом, либо без другой защиты от солнца, такой как кепка 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
Вопросы, касающиеся жизненного опыта Вашего ребенка: (Has Your Child:)				
15.	Курил ли Ваш ребенок сигареты или жевал табак когда-либо? (Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
16.	Употреблял ли Ваш ребенок когда-либо спиртные напитки: пиво, вино, прохладительные или крепкие спиртные напитки? (Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17.	Курил ли Ваш ребенок когда-либо марихуану, дышал испарениями клея или употреблял какие-либо наркотики? (Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18.	Есть ли у ребенка друзья или родственники, страдающие наркоманией или алкоголизмом? (Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19.	Начал ли Ваш ребенок ходить на свидания? (Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
20.	Начал ли Ваш ребенок вести половую жизнь? (Become sexually active?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21.	Подвергался ли Ваш ребенок когда-либо сексуальному домогательству или насилию сексуального характера? (Ever been molested or sexually abused?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
22.	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
23.	Испытывает ли ребенок какие-либо проблемы дома или в школе? (Had any problems at home or school?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
24.	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.