

Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

7 – 12 Buwan (7–12 Months)

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 ang 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 maprotektahan bilang bahagi ng iyong rekord medikal.

Kailangan ang Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

<i>Clinic Use Only:</i>					
1	Ikaw ba ay nagpapasuso sa iyong sanggol? <i>Breastfeeds baby?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Nutrition
2	Ang iyong sanggol ba ay umiinom o kumakain ng 3 hainan ng pagkaing mayaman sa calcium araw-araw, katulad ng formula, gatas ng ina, keso, yogurt, gatas ng soya, o tofu? <i>Baby drinks/eats 3 serving of calcium rich foods daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
3	Nag-aalala ka ba tungkol sa timbang ng iyong sanggol? <i>Concerned about baby’s weight?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Physical Activity
4	Ang iyong sanggol ba ay nanunuod ng TV? <i>Baby watches any TV?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
5	Ang bahay mo ba ay mayroong gumaganang detektor ng usok? <i>Home has working smoke detector?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Safety
6	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 <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
7	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 <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
8	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 <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
9	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 Poison Control Center posted by phone?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	

10	Palagi mo bang pinapatulog ang iyong sanggol sa pamamagitan ng kanyang likod? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
11	Palagi mo bang binabantayan ang iyong sanggol kung siya ay nasa paliguan? <i>Always stays with baby when in the bathtub?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
12	Palagi mo bang inilalagay ang iyong sanggol sa car seat sa likod na nakaharap sa pinakahuling upuan? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
13	Ang car seat ba na ginagamit mo ay angkop para sa edad at laki ng iyong sanggol? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
14	Ang iyong sanggol ba ay nagpapalipas ng oras malapit sa swimming pool, ilog, o lawa? <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
15	Ang iyong sanggol ba ay nananatili sa bahay na may naka tagong baril? <i>Baby spends time in a home where a gun is kept?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
16	Maliban sa formula, gatas ng ina, o tubig, nilalagyan mo pa ba ng iba ang boteng ibinibigay mo sa iyong sanggol? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Dental Health
17	Ang iyong sanggol ba ay nakikihalo-bilo sa isang taong naninigarilyo? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
18	Ikaw ba ay mayroong iba pang mga katanungan o pag-aalala tungkol sa kalusugan, paglaki o pag-uugali ng iyong sanggol? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Other Questions

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"/> 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: