

Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

12 – 17 Taon (12 – 17 Years)

Pangalan (una at apelyido)	Petsa ng Kapanganakan	<input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	Kasalukuyang Petsa	Grado sa Eskuwelahan:
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)			Atendansiya sa Eskuwelahan Palagi? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Paki sagot lahat ng mga katanungan sa form na ito sa lahat ng iyong makakaya. Bilangan "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	Umiinom o kumakain ka ba ng 3 hain ng pagkaing mayaman-sa calcium sa araw-araw, katulad nga gatas, keso, yogurt, gatas na gawa sa soya, o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	Nutrition
2	Kumakain ka ba ng mga prutas at gulay dalawang beses man lang sa isang araw? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
3	Kumakain ka ba mga pagkaing mayaman sa taba, katulad ng mga pritong pagkain, chips, ice cream, o pizza mas maraming beses kaysa isa sa bawat linggo? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
4	Umiinom ka ba ng mas marami kaysa 12 oz. (1 lata ng soda) sa bawat araw ng juice drink, inumin ng mga naglalaro, inuming pampalakas, o inuming matatamis na kape? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
5	Ikaw ba ay nag-eehersisyo o naglalaro ng mga sports karamihan sa mga araw ng linggo? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	Physical Activity
6	Problema mo ba ngayon ang iyong timbang? <i>Concerned about weight?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	
7	Nanunuod kaba ng TV o naglalaro ng video games mas maliit kaysa 2 oras sa bawat araw? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
8	Ang bahay mo ba ay mayroong gumaganang detektor ng usok? <i>Home has working smoke detector?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	Safety
9	Ang iyong bahay ba ay mayroong numero ng telepono ng Poison Control Center (800-222-1222) na naisulat sa iyong telepono? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
10	Palagi ka bang gumagamit ng seat bealt kung ikaw ay nagmamaneho ng kotse? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>	Oo Yes	Hindi No	Huwag Sagutin Skip	
11	Nagpapalipas ka ba sa bahay na may nakatagong baril? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>	Hindi No	Oo Yes	Huwag Sagutin Skip	

12	Nagpapalipas ka ba ng oras na may kasamang nagdadala ng baril, kutsilyo, o iba pang armas? <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
13	Ikaw ba ay palaging gumagamit ng helmet kung sumasakay sa bisekleta, skateboard, o scooter? <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
14	Ikaw ba ay naging testigo na ng pang-aabuso o bayulente? <i>Ever witnessed abuse or violence?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
15	Ikaw ba ay tinamaan, sinampal, tinadyakan, o sinaktan sa pisikal ng kung sino sa loob noong isang taon? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
16	Natukso ka na ba o may pakiramdam ka bang hindi ligtas sa eskuwelahan o sa iyong kumyunidad (o na cyber-bullied)? <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
17	Ikaw ba ay nagsisipilyo at nag-flo-floss ng iyong ngipin araw-araw? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Dental Health
18	Palagi ka bang nakakaramdam ng kalungkutan, pagka baba, o kawalan ng pag-asa? <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Mental Health
19	Nagpapalipas ka ba ny oras kasama ang isang naninigarilyo? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	Naninigarilyo ka ba ng sigarilyo o ngumunguya ng tabako? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
21	Gumagamit ka ba o umaamoy ng ano mang substansiya para maging high, gaya ng marijuana, cocaine, crack, Methamphetamine (meth), ecstasy, etc.? <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
22	Gumagamit ka ba ng mga gamot na hindi iniresita para sa iyo? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
23	Umiinom ka ba ng alkohol isang beses sa isang linggo o mas madami? <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
24	Kung umiinom ka ng alkohol, umiinom ka ba ng mas marami hanggang ikaw ay malasing o mahimatay? <i>If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
25	Mayroon ka bang mga kaibigan o mga miyembro ng pamilya na may problema sa mga droga o alkohol? <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
26	Nagmamaneho ka ba ng kotse pagkatapos kang uminom, o sumasakay sa kotse na minamaneho ng umiinom o gumagamit ng mga droga? <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
27	Ikaw ba ay minsan nang pinilit o naubliga na magkaroon ng pakikipagtalik? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	Nagkaroon ka na ba ng pakikipagtalik (oral, vaginal, o anal)? <i>Kung hindi, sagutin ang tanong sa numero 35.</i> <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	

29	Sa palagay mo ba ikaw o ang iyong kapareha ay baka nahawaan ng inpeksiyon galing sa pakikipagtalik (STI), tulad ng Chlamydia, Gonorrhea, genital warts, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
30	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik sa mga ibang tao sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
31	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik na hindi gumamit ng pangontra sa pagbubuntis sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
32	Noong huling nagkaroon ka ng pakikipagtalik, gumamit ka ba ng pangontra sa pagbubuntis? <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
33	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik na walang condom sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
34	Ikaw ba o ang iyong kapareha ay gumamit ng condom noong huli kayong nagtalik? <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
35	Mayroon ka bang mga pag-aalala tungkol sa baka ikaw ay may gusto sa iyong kaparehong kasarian? <i>Concerns about liking someone of the same sex?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
36	Ikaw ba ay mayron pang ibang katanungan o mga pag-aalala tungkol sa iyong kalusugan? <i>Any other questions or concerns about health?</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"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<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:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	