

Đánh Giá về Giữ Gìn Sức Khỏe

(Staying Healthy Assessment)

Người Cao Tuổi (Senior)

Tên Bệnh Nhân (tên & họ)	Ngày Sinh	<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	Hôm Nay Ngày
Người Hoàn Thành Mẫu Đơn (nếu bệnh nhân cần trợ giúp)	<input type="checkbox"/> Thành Viên Gia Đình <input type="checkbox"/> Bạn Bè <input type="checkbox"/> Khác	Vui lòng ghi rõ:	Cần hỗ trợ điền mẫu? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi trong mẫu này một cách tốt nhất có thể. Khoanh tròn “Bỏ Qua” nếu quý vị không biết câu trả lời hoặc không muốn trả lời. Hãy đảm bảo rằng quý vị sẽ hỏi bác sỹ nếu có thắc mắc liên quan đến bất kỳ điều gì trong mẫu này. Tất cả câu trả lời của quý vị sẽ được bảo vệ như một phần hồ sơ y tế của quý vị.

Cần Phiên Dịch?

Có Không

Clinic Use Only:

Nutrition

1	Quý vị có uống hoặc ăn 3 phần thực phẩm giàu canxi chẳng hạn như sữa, pho mát, sữa chua, sữa đậu nành hoặc đậu phụ hàng ngày hay không? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Nutrition
2	Quý vị có ăn trái cây và rau hàng ngày không? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
3	Quý vị có giới hạn lượng thức ăn chiên hoặc thức ăn nhanh mà quý vị ăn không? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
4	Quý vị có thể dễ dàng ăn đủ thức ăn có lợi cho sức khỏe không? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
5	Quý vị có uống nước xô-đa, nước ép trái cây, đồ uống thể thao hoặc nước tăng lực hầu hết các ngày trong tuần không? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most day of the week?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
6	Quý vị có thường ăn quá nhiều hoặc quá ít thức ăn không? <i>Often eats too much or too little food?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
7	Quý vị có gặp khó khăn trong việc nhai hay nuốt không? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
8	Quý vị có lo lắng về cân nặng của mình hay không? <i>Concerned about weight?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
9	Quý vị có tập thể dục hoặc dành thời gian cho các hoạt động như đi bộ, làm vườn hay bơi lội ít nhất ½ tiếng một ngày không? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Physical Activity
10	Quý vị có cảm thấy an toàn ở nơi quý vị sống không? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Safety
11	Quý vị có thường gặp vấn đề trong việc theo dõi dược phẩm của mình không? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	

12	Thành viên gia đình hoặc bạn bè có lo lắng khi quý vị lái xe không? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
13	Gần đây quý vị có bị tai nạn ô tô nào hay không? <i>Had any car accidents lately?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
14	Thỉnh thoảng quý vị có bị ngã và tự làm bị thương hoặc thấy khó đứng dậy không? <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
15	Quý vị có bị người nào đó đánh, bạt tai, đá hay làm bị thương thân thể trong năm vừa qua không? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
16	Quý vị có cất súng trong nhà hoặc nơi ở của mình không? <i>Keeps a gun in house/place where she/he lives?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
17	Quý vị có đánh răng hay làm sạch kẽ răng của mình hàng ngày hay không? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Dental Health
18	Quý vị có thường cảm thấy buồn chán, tuyệt vọng, giận dữ hay lo lắng không? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Mental Health
19	Quý vị có thường gặp vấn đề về ngủ không? <i>Often has trouble sleeping?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
20	Quý vị hay những người khác có nghĩ rằng quý vị đang gặp vấn đề về trí nhớ không? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
21	Quý vị có hút thuốc hay nhai thuốc lá không? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	Bạn bè hoặc thành viên trong gia đình có hút thuốc trong nhà hay nơi ở của quý vị không? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
23	Trong năm vừa qua, quý vị có uống từ 4 ly rượu bia trở lên trong một ngày hay không? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
24	Quý vị có sử dụng bất kỳ thuốc hoặc dược phẩm nào giúp quý vị ngủ, thư giãn, bình tĩnh, cảm thấy khỏe hơn hay giảm cân không? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
25	Quý vị có nghĩ mình hoặc bạn tình của mình có thể mắc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) chẳng hạn như, Chlamydia, Bệnh Lậu, sùi mào gà, v.v... không? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Sexual Issues

26	Quý vị hay (những) bạn tình của mình có quan hệ tình dục với những người khác trong năm vừa qua không? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
27	Quý vị hoặc (những) bạn tình của mình có quan hệ tình dục mà không sử dụng bao cao su trong năm vừa qua không? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
28	Quý vị đã bao giờ bị cưỡng ép hoặc bị áp lực phải quan hệ tình dục hay chưa? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
29	Có ai giúp quý vị đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe và y tế cho quý vị không? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Independent Living
30	Quý vị có cần giúp đỡ khi tắm, ăn, đi bộ, mặc quần áo hay sử dụng phòng tắm không? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
31	Quý vị có người nào đó để gọi khi cần giúp đỡ trong trường hợp khẩn cấp không? <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	
32	Quý vị có thắc mắc hay lo lắng nào khác về sức khỏe của mình không? <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	Không <i>No</i>	Có <i>Yes</i>	Bỏ Qua <i>Skip</i>	Other Questions

Nếu có, vui lòng mô tả:

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"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
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: _____					