

# Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

## 5 – 8 Taon (5 – 8 Years)

Pangalan ng Bata (una at apilyedo)	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. 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 maproprotektahan bilang bahagi ng iyong rekord medikal.*

Kailangan ang Interpreter?  
 Oo  Hindi

*Clinic Use Only:*

					Nutrition
1	Ang iyong anak ba ay umiinom o kumakain ng 3 hainan ng pagkaing mayaman-sa calcium araw-araw, katulad ng gatas, keso, yogurt, gatas ng soya, o tofu? <i>(Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	
2	Ang anak mo ba ay kumakain ng mga prutas at gulay dalawang beses man lang sa bawat araw? <i>(Child eats fruits and vegetables at least two times per day?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	
3	Ang anak mo ba ay kumakain ng mga pagkaing mayaman sa taba, katulad ng mga pritong pagkain, chips, ice cream, o pizza mas marami sa isang besis isang linggo? <i>(Child eats high fat foods more than once per week?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
4	Ang anak mo ba ay umiinom ng mas marami kaysa maliit na tasa (4 - 6 oz.) ng juice sa bawat araw? <i>(Child drinks more than one small cup of juice per day?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
5	Ang anak mo ba ay umiinom ng soda, mga inuming juice, inumin para sa manlalaro, inuming pampalakas, o iba pang inuming matatamis na mas marami kaysa isa sa bawat linggo? <i>(Child drinks soda, juice/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
					Physical Activity
6	Any iyong anak ba ay nag-eehersisyo o naglalaro ng mga sports karamihan sa mga araw ng linggo? <i>(Child exercises or plays sports most days of the week?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	
7	Nag-aalala ka ba sa timbang ng iyong anak? <i>(Concerned about child's weight?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	
8	Ang iyong anak ba ay nanunuod ng TV o naglalaro ng video games mas maliit kaysa 2 oras sa bawat araw? <i>(Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	

9	Ang bahay mo ba ay mayroong gumaganang detektor ng usok? <i>(Home has a working smoke detector?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)	Safety	
10	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 (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)		
11	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 the Poison Control Center posted by phone?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)		
12	Palagi mo bang inilalagay ang iyong anak sa booster seat sa upuang likuran (o kaya naman gumagamit ng seat belt kung ang iyong anak ay mas mataas kaysa 4'9")? <i>(Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)		
13	Ang iyong anak ba ay nagpapalipas ng oras malapit sa swimming pool, ilog, o lawa? <i>(Child spends time near a swimming pool, river, or lake?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)		
14	Ang iyong anak ba ay nananatili sa bahay na may naka tagong baril? <i>(Child spends time in home where a gun is kept?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)		
15	Ang iyong anak ba ay nagpapalipas oras sa taong nagdadala ng baril, kutsilyo, o iba pang armas? <i>(Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)		
16	Ang iyong anak ba ay palaging nagsusuot ng helmet kung sumasakay ng bisekleta, skatebaord, o scooter? <i>(Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)		
17	Ang iyong anak ba ay nakakita na o naging isa na siyang biktima ng pang-aabuso o bayulente? <i>(Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)		
18	Ang iyong anak ba ay nasaktan o nakasakit ng iba sa llob ng nakaraang taon? <i>(Has child been hit or hit someone in the past year?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)		
19	Ang iyong anak ba ay tinutuks o may pakiramdam na hindi ligtas sa eskuwelahan o sa inyong komyunidad (o na cyber-bullied)? <i>(Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)		
20	Ang iyong anak ba ay nagsisipilyo at nag flo-floss ng ngipin sa araw-araw? <i>(Child brushes and flosses teeth daily?)</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)	Huwag Sagutin (Skip)		Dental Health
21	Ang iyong anak ba ay karamihan na nalulungkot o may depresyon? <i>(Child often seems sad or depressed?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)		Mental Health

22	Ang iyong anak ba ay nakikihalo-bilo sa isang taong naninigarilyo? <i>(Child spends time with anyone who smokes?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	Tobacco Exposure
23	Mayroon ka pa bang ibang mga katanungan o pag-aalala tungkol sa kalusugan o pag-uugali ng iyong anak? <i>(Any other questions or concerns about child's health or behavior?)</i>	Hindi (No)	Oo (Yes)	Huwag Sagutin (Skip)	

*Kung oo, paki larawan:*

<b><i>Clinic Use Only</i></b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: