

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ Дети в возрасте 4-8 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
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.				Annual Review Date/Initial _____ _____ _____
Пример вопроса и ответа. Играет ли Ваш ребенок в спортивные игры?			<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пропуск	Interventions Code/Date/Initials
Вопросы об обеспечении безопасности Вашего ребенка в доме: (Does Your Home Have?)				
1. Есть ли у Вас в доме действующий детектор дыма? (A working smoke detector?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
2. Есть ли у Вас в доме кран с горячей водой, которая может обжечь ребенка? (Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск	
3. Есть ли у Вас в доме ограждения, предотвращающие падение ребенка из окна выше первого этажа? (Window guards above the first floor?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
4. Храните ли Вы моющие средства, лекарства и спички в запертом шкафу? (Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
5. Храните ли Вы рядом с телефонным аппаратом номер телефона токсикологического центра? (The phone number for the poison control center posted by your telephone?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
Вопросы, относящиеся к образу жизни Вашего ребенка: (Does Your Child:)				
6. 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	
7. 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	
8. 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	
9. 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	
10. Кушает ли ребенок лишь ограниченное количество жареной пищи или продуктов питания из закусочных быстрого обслуживания? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<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:)				
11.	Играет ли ребенок в подвижные игры как минимум пять дней в неделю? <i>(Play actively 5 days a week?)</i>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск
12.	Нужно ли ребенку сбросить или набрать вес? <i>(Need to lose or gain weight?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
13.	Играет ли ребенок когда-либо на проезжей части или перед домом без присмотра? <i>(Ever play in the street or unsupervised in the front yard?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
14.	Всегда ли Вы сажаете ребенка в детское сиденье и пристегиваете ремнем безопасности, когда везете его в автомобиле? <i>(Always use a booster seat and seatbelt when riding in a car?)</i>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск
15.	Всегда ли Вы одеваете на ребенка защитный шлем перед тем, как он идет кататься на велосипеде или роликовой доске? <i>(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)</i>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск
16.	Проводит ли ребенок время в доме или квартире с бассейном или джакуззи? <i>(Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17.	Проводит ли ребенок время в доме, где хранится огнестрельное оружие? <i>(Spend time in a home where a gun is kept?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18.	Проводит ли ребенок время в доме, где кто-нибудь курит? <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19.	Часто ли ребенок проводит время на улице без покрытия кожи солнцезащитным кремом, либо без другой защиты от солнца, такой как панамы или рубашка? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection, such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
Вопросы, касающиеся жизненного опыта Вашего ребенка: (Has Your Child:)				
20.	Был ли Ваш ребенок когда-либо свидетелем или жертвой жестокости или насилия? <i>(Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21.	Испытывает ли ребенок какие-либо проблемы дома или в школе? <i>(Had any problems at home or school?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
22.	Есть ли у Вас какие-либо другие вопросы или беспокойства о здоровье Вашего ребенка? <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i> (Пожалуйста, укажите) <i>(Please identify)</i> _____ _____ _____ _____	<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.