

<h2 style="margin: 0;">ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ</h2> <h3 style="margin: 0;">Дети в возрасте 0-3 лет</h3>	<h2 style="margin: 0;">Patient Stamp</h2> <p style="margin: 5px 0 0 0;">Patient Number _____ Plan Name/Number _____</p> <p style="margin: 0 0 0 0;"><i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i></p>
---	---

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.

Пример вопроса и ответа. Посещает ли Ваш ребенок ясли?	<input checked="" type="checkbox"/>	Нет	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?)	Да	Нет	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?)	Нет	Да	Пропуск	
3. Есть ли у Вас в доме заборчики или ограждения, предотвращающие падение ребенка из окон и с лестничных площадок выше первого этажа? (Window guards and stair gates above the first floor?)	Да	Нет	Пропуск	
4. Храните ли Вы моющие средства, лекарства и спички в запечатом шкафу? (Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)	Да	Нет	Пропуск	
5. Есть ли у Вас номер телефона отделения помощи при отравлениях возле телефонного аппарата? (The phone number for the poison control center posted by your telephone?)	Да	Нет	Пропуск	
Вопросы о Вашей деятельности с ребенком: (Do You:)				
6. Всегда ли Вы укладываете ребенка спать на спине, если ему/ей меньше 12 месяцев? (Always put your child to sleep on his/her back, if younger than 12 months of age?)	Да	Нет	Пропуск	
7. Когда-либо укладываете ребенка спать с бутылочкой сока, молока или газированного напитка? (Ever put your child to sleep with a bottle of juice, milk, or soda?)	Нет	Да	Пропуск	
8. Следите ли Вы ежедневно за тем, чтобы у ребенка были почищены зубы? (Make sure your child's teeth are brushed every day?)	Да	Нет	Пропуск	
9. Всегда находитесь рядом с ребенком, когда он/она находится в ванне? (Always stay with your child when she/he is in the bathtub?)	Да	Нет	Пропуск	
10. Всегда ли Вы сажаете ребенка в специальное детское сидение и пристегиваете его ремнем безопасности на заднем сидении? (Always put your child in a car seat and seat belt in the back seat of the car?)	Да	Нет	Пропуск	
11. Всегда ли обходите автомобиль и проверяете нет ли сзади детей перед тем, как выезжать задним ходом? (Always walk around your car to check for children before backing out?)	Да	Нет	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:)				
12.	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
13.	Кормят ли ребенка грудью? (Breastfeed?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
14.	Получает ли ребенок жидкое детское питание, молоко или йогурт не реже 2 раз в день? (Drink formula, milk, or eat yogurt at least 2 times each day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск
15.	Ест 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
16.	Дают ли ребенку пищу, которой он может подавиться и задохнуться (например, орехи, воздушную кукурузу, сосиски, целые ягоды винограда или твердые конфеты)? (Eat foods that may cause choking such as nuts, popcorn, hotdogs, whole grapes, or hard candy?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17.	Проводит ли ребенок время в доме или квартире с бассейном или джакуззи? (Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18.	Проводит ли ребенок время в доме, где хранится огнестрельное оружие? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19.	Проводит ли ребенок время в доме, где кто-нибудь курит? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
20.	Часто ли ребенок проводит время на улице без покрытия кожи солнцезащитным кремом, либо без другой защиты от солнца, такой как панамы или рубашка? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21.	Был ли Ваш ребенок когда-либо свидетелем или жертвой жестокости или насилия? (Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)	<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? (Do you have other questions or concerns about your child's health?) (Пожалуйста, укажите) (Please identify) _____ _____ _____	<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.

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.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ Дети доподросткового возраста, 9-11 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	
<p>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.</p>				Annual Review Date/Initials	
<p>Пример вопроса и ответа: Ходит ли Ваш ребенок в школу?</p>			<input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Пропуск	Interventions Code/Date/Initials	
<p>Вопросы, относящиеся к образу жизни Вашего ребенка: (Does Your Child?)</p>					
1. 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		
2. 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		
3. 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		
4. 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		
5. Кушает ли ребенок лишь ограниченное количество жареной пищи или продуктов питания из закусовых быстрого обслуживания? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
6. Играет ли ребенок в подвижные игры как минимум пять дней в неделю? (Play actively 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
7. Нужно ли ребенку сбросить или набрать вес? (Need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
8. Часто ли ребенок находится в печальном или подавленном настроении? (Often feel sad or depressed?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск		
9. Всегда ли Вы одеваете на ребенка защитный шлем перед тем, как он идет кататься на велосипеде или роликовой доске? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
10. Всегда ли ребенок пристегивается ремнем безопасности, когда Вы везете его в автомобиле? (Always wear a seatbelt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск		
11. Проводит ли ребенок время в доме, где хранится огнестрельное оружие? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<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

		<i>For Clinical Use</i>		
		Interventions Code/Date/Initials		
Вопросы, относящиеся к образу жизни Вашего ребенка: (Does Your Child:)				
12.	Проводит ли ребенок какое-то время с друзьями, которые носят с собой огнестрельное оружие, ножи, бейсбольные биты или другие виды оружия? <i>(Spend time with any fiends who carry a gun, knife, club or other weapon?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
13.	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
14.	Часто ли ребенок проводит время на улице без покрытия кожи солнцезащитным кремом, либо без другой защиты от солнца, такой как кепка 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:)				
15.	Курил ли Ваш ребенок сигареты или жевал табак когда-либо? <i>(Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
16.	Употреблял ли Ваш ребенок когда-либо спиртные напитки: пиво, вино, прохладительные или крепкие спиртные напитки? <i>(Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17.	Курил ли Ваш ребенок когда-либо марихуану, дышал испарениями клея или употреблял какие-либо наркотики? <i>(Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18.	Есть ли у ребенка друзья или родственники, страдающие наркоманией или алкоголизмом? <i>(Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19.	Начал ли Ваш ребенок ходить на свидания? <i>(Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
20.	Начал ли Ваш ребенок вести половую жизнь? <i>(Become sexually active?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21.	Подвергался ли Ваш ребенок когда-либо сексуальному домогательству или насилию сексуального характера? <i>(Ever been molested or sexually abused?)</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
22.	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
23.	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
24.	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 предоставить 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.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ Подростки в возрасте 12-17 лет

Patient Stamp	
Patient Number _____	Plan Name/Number _____
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

Имя, фамилия пациента	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> мужск. <input type="checkbox"/> женск.	Дата заполнения	For Clinical Use
Имя, фамилия заполняющего (если не пациент)	Юридический статус заполняющего по отношению к пациенту <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Родственник <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Другое			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Ваше сотрудничество с обслуживающей Вас группой медицинских работников поможет сохранению и укреплению Вашего 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 будут сохраняться в медицинской карте и считаться конфиденциальной информацией.

Пример вопроса и ответа: Занимаетесь ли Вы спортом?

<input checked="" type="checkbox"/>	Нет	Пропуск
-------------------------------------	-----	---------

Annual Review Date/Initials

				Interventions Code/Date/Initials
Вопросы, относящиеся к Вашему образу жизни: (Do You:)				
1. Проживаете ли Вы дома? (Live at home?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
2. Посещаете ли Вы школу? (Go to school?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
3. Пользуетесь ли Вы медицинскими услугами 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	
4. Посещаете ли Вы 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	
5. Употребляете ли Вы молоко, йогурт или сыр не реже трех раз в день? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times a day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
6. Кушаете ли Вы фрукты и овощи каждый день? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
7. Стараетесь ли Вы ограничить количество потребляемой жареной пищи или пищи из закусочных быстрого обслуживания? (Try to limit the amounts of fried or fast foods that you eat?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
8. Занимаетесь ли Вы спортом или играете в физически активные игры по крайней мере пять дней в неделю? (Exercise or play an active sport 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
9. Думаете ли Вы, что Вам нужно похудеть или поправиться? (Think you need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск	
10. Часто ли Вы испытываете чувства печали, подавленности или безнадежности? (Often feel sad, down, or hopeless?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск	
11. Всегда ли Вы пристегиваетесь ремнем безопасности во время езды в машине? (Always wear a seatbelt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
12. Всегда ли Вы одеваете защитный шлем при езде на велосипеде или роликовой доске? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск	
13. Проводите ли Вы время в доме, где хранится огнестрельное оружие? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск	
14. Проводите ли Вы время в доме, где кто-либо курит? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск	
15. Часто ли Вы проводите время на улице без солнцезащитного крема или другой защиты от солнца, такой как кепка или рубашка? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<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

Ваши ответы на вопросы о половой жизни и планировании семьи не могут быть разглашены никому, включая Ваших родителей, без Вашего предварительного письменного разрешения. (Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)		For Clinical Use		
		Interventions Code/Date/Initials		
Вопросы, касающиеся Вашего жизненного опыта: (Do You Ever:)				
16.	Случалось ли Вам курить сигареты, сигары или жевать табак? (Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17.	Случалось ли Вам употреблять спиртное: пиво, вино, прохладительные или крепкие спиртные напитки? (Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18.	Случалось ли Вам вести автомобиль после употребления спиртного или быть пассажиром в автомобиле, которым управлял выпивший человек? (Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19.	Случалось ли Вам употреблять наркотики: марихуану, кокаин, крэк, крэнк или «экстази»? (Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, crack, or ecstasy?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
20.	Вступали ли Вы когда-либо в половую связь? (Have you ever had sex?) Если «да», то продолжайте отвечать на вопросы. (If "yes," continue to next question.) Если «нет», сразу перейдите к вопросу 26. (If "no," go to question 26.)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21.	Считаете ли Вы, что Вы или Ваш партнер можете быть беременны? (Do you think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
22.	Вступали ли Вы в половую связь в течение прошлого года без использования противозачаточных средств? (Have you had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
23.	Считаете ли Вы, что у Вас или Вашего партнера может быть венерическое заболевание? (Do you think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
24.	Вступали ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половую связь с другими людьми на протяжении прошедшего года? (Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
25.	Пользовались ли Вы или Ваш партнер презервативом во время последнего полового акта? (Did you or your partner use a condom the last time you had sex?)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Пропуск
Вопросы, касающиеся Вашего жизненного опыта: (Have You:)				
26.	Принуждали ли Вас когда-либо или заставляли вступать в половую связь? (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
27.	Случалось ли, чтобы Вас кто-нибудь ударил, дал пощечину, ударил ногой или причинил физическую боль? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
28.	Случалось ли Вам носить пистолет, нож, бейсбольную битку или другое оружие? (Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
29.	Есть ли у Вас какие-либо другие вопросы или беспокойства о своём здоровье? (Do you have other questions or concerns about your health?) (Пожалуйста, укажите) (Please identify) _____ _____ _____ _____	<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 552a, подраздел E, 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.

Patient Stamp

Patient Number

Plan Name/Number

If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Взрослые в возрасте 18 лет и старше

Имя, фамилия пациента	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> муж. <input type="checkbox"/> жен.	Дата заполнения	For Clinical Use Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<p>Ваше сотрудничество с обслуживающей Вас группой медицинских работников поможет сохранению и укреплению Вашего 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, будут считаться конфиденциальной информацией.</p>				Annual Review Date/Initials	
<p>Пример вопроса и ответа: Занимаетесь ли Вы спортом?</p>				Interventions Code/Date/Initials	
<p>Вопросы, относящиеся к Вашему образу жизни: (Do You:)</p>					
1. Получаете ли Вы медицинские услуги от кого-либо, кроме врача (например, специалиста по иглоукальванию, 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?))	Нет	Да	Пропуск		
2. Посещаете ли Вы зубного врача не менее одного раза в году? (See the dentist at least once a year?)	Да	Нет	Пропуск		
3. Употребляете ли Вы молоко, йогурт или сыр не реже трёх раз в день? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)	Да	Нет	Пропуск		
4. Кушаете ли Вы фрукты и овощи каждый день? (Eat fruits and vegetables every day?)	Да	Нет	Пропуск		
5. Стараетесь ли Вы ограничить потребляемое количество жареной пищи или продуктов питания из закусочных быстрого обслуживания? (Try to limit the amount of fried or fast foods you eat?)	Да	Нет	Пропуск		
6. Занимаетесь ли Вы спортом или умеренной физической деятельностью, как ходьба или садоводство, пять дней в неделю? (Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)	Да	Нет	Пропуск		
7. Думаете ли Вы, что Вам нужно похудеть или поправиться? (Think you need to lose or gain weight?)	Нет	Да	Пропуск		
8. Часто ли Вы испытываете чувства печали, подавленности или безнадежности? (Often feel sad, down or hopeless?)	Нет	Да	Пропуск		
9. Курит ли кто-либо из Ваших друзей или родственников у Вас дома? (Have friends or family members that smoke in your home?)	Нет	Да	Пропуск		
10. Часто ли проводите время на улице без солнцезащитного крема или другой защиты от солнца, такой как кепка или рубашка? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	Нет	Да	Пропуск		
For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

Ваши ответы на вопросы об употреблении алкоголя и наркотиков не могут быть разглашены без Вашего предварительного письменного разрешения. (Your answers to questions about alcohol and drug use cannot be released to others without your special written permission.)			<i>For Clinical Use</i>
			Interventions Code/Date/Initials
Вопросы, относящиеся к Вашему образу жизни: (Do You:)			
11. Курите ли Вы сигареты, сигары или пользуетесь другими табачными изделиями? (Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
12. Пользуетесь ли Вы какими-либо препаратами или лекарствами для того, чтобы уснуть, расслабиться, успокоиться, лучше себя чувствовать или сбросить вес? (Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
13. Часто выпиваете больше двух стаканов алкогольных напитков в день? (Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
14. Считаете ли Вы, что Вы или Ваш партнер можете быть беременны? (Think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
15. Думаете ли Вы, что у Вас или Вашего партнера может быть венерическое заболевание? (Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
Вопросы, касающиеся Вашего жизненного опыта: (Have You:)			
16. Вступали ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половую связь в течение прошлого года без использования противозачаточных средств? (Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
17. Вступали ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половую связь с другими людьми на протяжении прошедшего года? (Or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
18. Вступали ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половую связь без презерватива на протяжении прошедшего года? (Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
19. Принуждали ли Вас когда-либо или заставляли вступать в половую связь? (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
20. Случалось ли, чтобы Вас кто-нибудь ударил, дал пощечину, ударил ногой или причинил физическую боль? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
21. Есть ли у Вас какие-либо другие вопросы или беспокойства о Вашем здоровье? (Do you have other questions or concerns about your health?) (Пожалуйста, укажите) (Please identify) _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Пропуск
<i>For Clinical Use</i>			
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.