<table>
<thead>
<tr>
<th>نазвание</th>
<th>LANG 1</th>
<th>LANG 2</th>
<th>LANG 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Do you breastfeed your baby?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل تغذى طفلك؟</td>
<td>هل تغذى طفلك؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Does your baby drink or eat 3 servings of calcium-rich foods daily, such as formula, breast milk, cheese, yogurt, soy milk, or tofu?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا؟</td>
<td>هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Are you concerned about your baby’s weight?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل تقلق عن وزن طفلك؟</td>
<td>هل تقلق عن وزن طفلك؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Does your baby watch any TV?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل يشاهد الطفل التلفاز؟</td>
<td>هل يشاهد الطفل التلفاز؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Does your home have a working smoke detector?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل لديك كشف دخان في المنزل؟</td>
<td>هل لديك كشف دخان في المنزل؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Have you turned your water temperature down to low-warm (less than 120 degrees)?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتصبح دافئة (أقل من 120 درجة)؟</td>
<td>هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتصبح دافئة (أقل من 120 درجة)؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>If your home has more than one floor, do you have safety guards on the windows and gates for the stairs?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، هل وضعتي أفلامًا للسلامة على النوافذ والأبواب للدرج؟</td>
<td>إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، هل وضعتي أفلامًا للسلامة على النوافذ والأبواب للدرج؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Does your home have the phone number of the Poison Control Center (800-222-1222) posted by your phone?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل يوجد رقم هاتف الخصم مكتوب على سطح الهاتف؟</td>
<td>هل يوجد رقم هاتف الخصم مكتوب على سطح الهاتف؟</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Do you always put your baby to sleep on her/his back?</strong></td>
<td>Yes/No</td>
<td>هل تضع نومًا على ظهره؟</td>
<td>هل تضع نومًا على ظهره؟</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Clinic Use Only:**

**Nutrition**

**Physical Activity**

**Safety**
Do you always stay with your baby when she/he is in the bathtub?

Do you always place your baby in a rear facing car seat in the back seat?

Is the car seat you use the right one for the age and size of your baby?

Does your baby spend time near a swimming pool, river, or lake?

Does your baby spend time in a home where a gun is kept?

Do you give your baby a bottle with anything except formula, breast milk, or water?

Does your baby spend time with anyone who smokes?

Does your baby have any other questions or concerns about your baby’s health, development or behavior?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Clinic Use Only</th>
<th>Counseled</th>
<th>Referred</th>
<th>Anticipatory Guidance</th>
<th>Follow-up Ordered</th>
<th>Comments:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nutrition</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Physical Activity</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Safety</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dental Health</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tobacco Exposure</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Patient Declined the SHA

PCP’s Signature:  Print Name:  Date: