

Pagsusuri upang Manatiling Malusug

(Staying Healthy Assessment)

Mantandang lalaki/babae (Senior)

Pangalan ng Pasyente (una at apelyedo)	Petsa ng Kapanganakan	<input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	Kasalukuyang Petsa
--	-----------------------	---	--------------------

Pangalan ng Taong Sumasagot sa Porma (kung kailangan ng pasyente ang tulong)	<input type="checkbox"/> Miyembro ng Pamilya <input type="checkbox"/> Kaibigan <input type="checkbox"/> Ibang Tao	Kailangan mo ba ng tulong sa Form? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
---	--	--

Paki tukuy:

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 mapropektahan bilang bahagi ng iyong rekord medikal.

	Kailangan ang Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<i>Clinic Use Only:</i>	

1	Umiinom o kumakain ka ba ng 3 hain ng pagkaing mayaman-sa calcium sa araw-araw, katulad nga gatas, keso, yogurt, gatas na gawa sa soya, o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Nutrition
2	Kumakain ka ba ng mga prutas at mga gulay araw-araw? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
3	Limitado ba kung gaano kadami ang kinakain mong pinirito o fast food? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
4	Madali ka bang nakakakuha ng sapat na pagkaing nakakalusug? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
5	Umiinom ka ba ng soda, juice, inuming para sa mga manlalaro o inuming pampalakas karamihan sa mga araw ng linggo? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
6	Kumakain ka ba ng maramihan o kaunti lamang? <i>Often eats too much or too little food?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
7	Ikaw ba ay nagkakaroon ng hirap na pag-nguya o paglunuk? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
8	Problema mo ba ngayon ang iyong timbang? <i>Concerned about weight?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
9	Ikaw ba ay nag-eehersisyo o nagkakaroon oras sa paggawa ng mga aktibidad, kagaya ng paglalakad, paghaharden, o paglalanguy kahit man lang ½ oras kada araw? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Physical Activity
10	Sa iyong pakiramdam ligtas ka ba kung saan ka nakatira? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Safety

11	Ikaw ba ay may kahirapang tandaan ang oras ng pag-inom ng inyong mga gamot? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
12	Ang mga miyembro ba ng iyong pamilya o mga kaibigan ay nag-aalala sa iyong pagmamaneho? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
13	Nagkaroon ka ba ng disgrasya sa kotse kamakailan? <i>Had any car accidents lately?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
14	Nahuhulog ka ba minsan at nasasaktan mo ang iyong sarili, o nahihirapan ka bang tumayo? <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
15	Ikaw ba ay tinamaan, sinampal, tinadyakan, o sinaktan sa pisikal ng kung sino sa loob noong isang taon? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
16	Ikaw ba ay nagtatago ng baril sa loob ng iyong bahay o sa lugar kung saan ka nakatira? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
17	Ikaw ba ay nagsisipilyo at nag-flo-floss ng iyong ngipin araw-araw? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Dental Health
18	Ikaw ba minsan ay nakakaramdam ng lungkot, pagkawala ng pag-asa, galit, o pag-aalala? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Mental Health
19	Ikaw ba ay nagkakaroon ng problema sa pagtulog? <i>Often has trouble sleeping?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
20	Sa iyong palagay o sa palagay ng iba ikaw ba ay nagkakaroon ng problema sa pag-alala ng mga bagay? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
21	Ikaw ba ay naninigarilyo o ngumunguya ng tabako? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	Ang iyong mga kaibigan o mga miyembro ng pamilya ba ay naninigarilyo sa inyong bahay o sa lugar kung sa ka nakatira? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
23	Nitong nakaraang taon, ikaw ba ay nagkaroon ng 4 o higit pang mga may alak na inumin sa isang araw? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
24	Ikaw ba ay gumagamit ng alin man sa mga droga, o gamot para tumulong sa iyong pagtulog, pang-relax, pangkalma, pangpabuti ng iyong pakiramdam, o pangbawas ng timbang? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
25	Sa palagay mo ba ikaw o ang iyong kapareha ay baka nahawaan ng inpeksiyon galing sa pakikipagtalik (STI), tulad ng Chlamydia, Gonorrhea, genital warts, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Sexual Issues

26	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik sa mga ibang tao sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
27	Ikaw ba o ang iyong (mga) kapareha ay nagkaroon ng pagtatalik na walang condom sa loob ng nakaraang taon? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
28	Ikaw ba ay minsan nang pinilit o naubliga na magkaroon ng pakikipagtalik? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
29	Mayroon bang tao na tutulong sa iyo para gagawa ng mga desisyon tungkol sa iyong kalusugan at pangangalagang medikal? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Independent Living
30	Ikaw ba ay nanganga-ilangan ng tulong maligo, kumain, maglakad, magbihis, o gumamit ng banyo? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
31	Mayroon ka bang matawagan para hingian ng tulong sa oras ng emerhensiya? <i>Has someone to call when needs help in an emergency?</i>	Oo <i>Yes</i>	Hindi <i>No</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	
32	Ikaw ba ay mayron pang ibang katanungan o mga pag-aalala tungkol sa iyong kalusugan? <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	Hindi <i>No</i>	Oo <i>Yes</i>	Huwag Sagutin <i>Skip</i>	Other Questions

Kung oo, paki larawan:

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"/> Patient Declined the SHA
<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: _____

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: _____