

**THẨM ĐỊNH  
"GIỮ GÌN SỨC KHỎE"  
Người Lớn, 18 tuổi trở lên**

**Patient Stamp**

Patient Number

Plan Name/Number

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

Tên bệnh nhân (tên, họ)	Ngày sinh	Phái tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày hôm nay	<b>For Clinical Use</b> Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>Quý vị và toàn chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể cùng nhau làm việc để có được sức khỏe tốt hơn. Xin trả lời các câu hỏi sau đây theo hết khả năng của quý vị. Quý vị có thể đánh dấu (✓) vào ô "Bỏ Qua" nếu quý vị không biết câu trả lời hoặc không muốn trả lời. Quý vị có thể hỏi nơi phục vụ về bất cứ câu hỏi nào. Các câu trả lời của quý vị sẽ được giữ kín như một phần trong hồ sơ y khoa của mình.</b></p>				Annual Review Date/Initials
<p><b>Câu Hỏi Đáp Làm Mẫu: Quý vị có chơi thể thao hay không?</b></p>			<input checked="" type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bỏ Qua	Interventions Code/Date/Initials
<p><b>Quý Vị Có: (Do You:)</b></p>				
1. Được ai khác chăm sóc sức khỏe ngoài vị bác sĩ y khoa (chẳng hạn như một chuyên viên châm cứu, thầy thuốc bắc, thầy thuốc nam, hoặc thầy thuốc nào khác) hay không? (Receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
2. Đi nha sĩ ít nhất mỗi năm một lần hay không? (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
3. Uống sữa hoặc ăn da ua hay phô mai (cheese) mỗi ngày ít nhất 3 lần hay không? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
4. Ăn trái cây và rau mỗi ngày? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
5. Có giới hạn các loại thức ăn chiên hoặc làm mau (fast foods) hay không? (Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
6. Tập thể dục hoặc vận động vừa phải như đi bộ hoặc làm vườn 5 ngày mỗi tuần hay không? (Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
7. Nghĩ rằng quý vị cần xuống hoặc lên cân hay không? (Think you need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
8. Thường cảm thấy buồn rầu, xuống tinh thần, hoặc tuyệt vọng (hopeless) hay không? (Often feel sad, down, or hopeless?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
9. Bạn bè hoặc người trong gia đình có hút thuốc trong nhà quý vị hay không? (Have friends or family members that smoke in your home?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	
10. Thường ra ngoài trời mà không bôi kem chống nắng hoặc không dùng các loại che nắng khác như nón hoặc áo hay không? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Bỏ Qua	

*For Clinical Use*

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

<b>Các câu trả lời của quý vị về vấn đề rượu và thuốc sẽ không được tiết lộ cho người khác nếu không có giấy phép đặc biệt của quý vị. (Your answers to questions about alcohol and drug use cannot be released to others without your special written permission.)</b>		<b>For Clinical Use</b>		
		<b>Interventions Code/Date/Initials</b>		
<b>Quý vị có: (Do You:)</b>				
11. Hút thuốc hoặc xì gà hoặc dùng bất cứ loại thuốc lá nào khác hay không? (Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
12. Dùng bất cứ loại thuốc hoặc thuốc tây nào để dễ ngủ, thư thả bình tĩnh, cảm thấy đỡ hơn, hoặc để xuống cân hay không? (Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
13. Thường uống nhiều hơn 2 ly rượu trong một ngày hay không? (Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
14. Có nghĩ là quý vị hoặc người bạn tình/bạn đời của quý vị có thể mang thai hay không? (Think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
15. Có nghĩ rằng quý vị hoặc người bạn tình/bạn đời của quý vị có thể bị bệnh phong tình (sexually transmitted diseases or STD) hay không? (Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
<b>Quý Vị: (Have You:)</b>				
16. Hoặc (những) người bạn tình/bạn đời của quý vị có sinh hoạt tình dục (sex) mà không áp dụng biện pháp ngừa thai trong năm ngoái hay không? (Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
17. Hoặc (những) người bạn tình/bạn đời của quý vị có sinh hoạt tình dục (sex) với người khác trong năm ngoái hay không? (Or your partner(s) had sex with other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
18. Hoặc (những) người bạn tình/bạn đời của quý vị có sinh hoạt tình dục (sex) mà không đeo bao cao su trong năm ngoái hay không? (Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
19. Có bao giờ bị cưỡng ép hoặc bị áp lực để làm tình (sex) hay không? (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
20. Có bao giờ bị người khác đánh đập, tát tai, đá, hoặc đả thương thân thể hay không? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
21. Quý vị có thắc mắc nào khác hoặc quan tâm gì về sức khỏe của mình hay không? (Do you have other questions or concerns about your health?)	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bỏ Qua			
(Xin ghi rõ) (Please identify) _____ _____ _____				

**For Clinical Use**

**Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes**

**Tuyên Ngôn về Quyền Riêng Tư**

Đạo Luật Năm 1977 về Thực Hành Thông Tin (Bộ Luật Dân Sự California 1798) và Đạo Luật về Quyền Riêng Tư của Liên Bang (5 USC 552a. Tiểu Phần (E)(3)) đòi hỏi phải đưa ra thông báo này khi thu thập dữ kiện cá nhân của mọi người. Các dữ kiện trong mẫu này là theo yêu cầu của nơi chăm sóc sức khỏe, chương trình sức khỏe, và Bộ Y Tế để cung cấp dịch vụ giáo dục sức khỏe. Tùy ý bệnh nhân có muốn cung cấp các dữ kiện trên mẫu này hay không. Nếu không cung cấp các chi tiết được yêu cầu này thì cũng không đưa đến hậu quả tai hại nào cho bệnh nhân. Các dữ kiện thu thập trong mẫu này sẽ được lưu trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân, và phải theo cùng quy định bảo vệ về y khoa và pháp lý như các dữ kiện khác trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân. Luật lệ tiểu bang gồm cả các điều kiện về phúc trình và giữ kín danh tính bệnh nhân đều được áp dụng cho các dữ kiện ghi trong mẫu này. Trong phạm vi luật lệ này, một số dữ kiện nào đó được thu thập trong mẫu này có thể được chuyển giao cho các cơ quan chính quyền tiểu bang và địa phương và các cơ quan giữ nhiệm vụ đặt quy chế kiểm soát, các chương trình sức khỏe, và nơi chăm sóc sức khỏe có hợp đồng.