

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ Подростки в возрасте 12-17 лет

Patient Stamp

Patient Number

Plan Name/Number

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

| | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|--|
| 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 | | | Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Родитель | <input type="checkbox"/> Опекун | | |
| | <input type="checkbox"/> Родственник | <input type="checkbox"/> Друг | <input type="checkbox"/> Другое | |

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.

Annual Review
Date/Initials

Пример вопроса и ответа: Занимаетесь ли Вы спортом?

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

Interventions
Code/Date/Initials

| Вопросы, относящиеся к Вашему образу жизни: (Do You:) | | | | |
|---|-----|-----|---------|--|
| 1. Проживаете ли Вы дома? (Live at home?) | Да | Нет | Пропуск | |
| 2. Посещаете ли Вы школу? (Go to school?) | Да | Нет | 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)?) | Нет | Да | Пропуск | |
| 4. Посещаете ли Вы зубного врача не менее одного раза в году? (See the dentist at least once a year?) | Да | Нет | 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?) | Да | Нет | Пропуск | |
| 6. Кушаете ли Вы фрукты и овощи каждый день? (Eat fruits and vegetables every day?) | Да | Нет | 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?) | Да | Нет | 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?) | Да | Нет | Пропуск | |
| 9. Думаете ли Вы, что Вам нужно похудеть или поправиться? (Think you need to lose or gain weight?) | Нет | Да | Пропуск | |
| 10. Часто ли Вы испытываете чувства печали, подавленности или безнадежности? (Often feel sad, down, or hopeless?) | Нет | Да | Пропуск | |
| 11. Всегда ли Вы пристегиваетесь ремнем безопасности во время езды в машине? (Always wear a seatbelt when riding in a car?) | Да | Нет | 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?) | Да | Нет | Пропуск | |
| 13. Проводите ли Вы время в доме, где хранится огнестрельное оружие? (Spend time in a home where a gun is kept?) | Нет | Да | Пропуск | |
| 14. Проводите ли Вы время в доме, где кто-либо курит? (Spend time in a home with anyone who smokes?) | Нет | Да | 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?) | 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 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.