

**ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢ່າງສົມບູນ  
ເດັກ, ອາຍຸ, 4-8 ປີ**

**Patient Stamp**

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

ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ນາມສຸກ)	ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ	ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ວັນ ເດືອນປີ ມີ້ນີ້	<b>For Clinical Use</b>
ຊື່ຂອງທ່ານ	ຄວາມສ່ຳພັນກ່ຽວເດັກ <input type="checkbox"/> ພໍ່ແມ່ <input type="checkbox"/> ຜູ້ປົກຄອງ <input type="checkbox"/> ພໍ່ນ້ອງ <input type="checkbox"/> ທ່ານເພື່ອນ <input type="checkbox"/> ຜູ້ອື່ນ			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>ທ່ານແລະທີມຮັກສາສະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສະພາບສົມບູນຍັງຂຶ້ນ. ການຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະໝາຍຊ່ອງ "ຂ້າມ" ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄໍາຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະບຶກສາກັບທ່ານໜອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມຂໍ້ໃດກໍໄດ້. ຄໍາຕອບ ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກໂຕ້ຖືໃນບັນທຶກສ່ວນຂອງປະຫວັດພະຍາບານຂອງລູກທ່ານ.</b>				Annual Review Date/Initials
<b>ຕົວຢ່າງຄໍາຖາມແລະຄໍາຕອບ: ລູກທ່ານເຄີຍຫລິ້ນກິລາບ</b>			<input checked="" type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ	Interventions Code/Date/Initials
<b>ຢູ່ເຮືອນທ່ານມີ: (Does Your Home Have:)</b>				
1. ເຄື່ອງສັນຍານເຕືອນຄວັນໄຟບໍ່ (A working smoke detector?)	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
2. ນໍ້າຈາກກອກນໍ້າຮ້ອນນັ້ນຮ້ອນພໍລວກລູກຂອງທ່ານໄດ້ບໍ່? (Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)	ບໍ່ມີ	ມີ	ຂ້າມ	
3. ຮົ່ວເຫຼັກປ້ອງກັນປ່ອງຢ້ຽມແລະປະຕູຂັ້ນໃດທີ່ຢູ່ເທິງຂັ້ນທີ່ນຳບໍ່? (Window guards above the first floor?)	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
4. ນໍ້າຢາທໍາຄວາມສະອາດ, ຢາປິວພະຍາດ, ແລະໄມ້ຂີດໄຟ ໄດ້ມັງຮັວໃນຕູ້ໃສ່ກະແຈບໍ່? (Cleaning supplies, medicines and matches in a locked cabinet?)	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
5. ມີເລກໂທສະສັບຂອງອົງການປ້ອງກັນຄວາມເບື້ອເມົາໄດ້ຕິດໄວ້ກັບໂທສະສັບແລ້ວບໍ່? (The phone number for the poison control center posted by your telephone?)	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
<b>ລູກຂອງທ່ານໄດ້: (Does Your Child:)</b>				
6. ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໜ້າເຊັ່ນ: ໜັງປັກເອັມ, ໜັງຢາກາກໄມ້, ໜັງໃຊຍະສາດຫຼືໜັງປະເພດອື່ນໆບໍ່? (Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບ	ຂ້າມ	
7. ໄປຫາໜັງປິວແຂ້ວຢ່າງນ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? (See the dentist at least once a year?)	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
8. ດື່ມນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມ ຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງນ້ອຍສອງເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 2 times each day?)	ດື່ມ	ບໍ່ດື່ມ	ຂ້າມ	
9. ກິນໝາກໄມ້ແລະຜັກທຸກໆວັນບໍ່? (Eat fruits and vegetables every day?)	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ຂ້າມ	
10. ກິນອາຫານຈີນຫຼືສ່ຳເຮັດຮູບແຕ່ຈຳນວນຈຳກັດເທົ່ານັ້ນບໍ່? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ຂ້າມ	

For Clinical Use

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

				For Clinical Use		
				Interventions Code/Date/Initials		
<b>ລູກຂອງທ່ານໄດ້: (Does Your Child:)</b>						
11.	ຫຼິ້ນອອກກຳລັງກາຍ 5 ວັນ ຕໍ່ອາທິດບໍ່? (Play actively 5 days a week?)	<input type="checkbox"/> ຫຼິ້ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ຫຼິ້ນ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
12.	ຕ້ອງການຫາລຸດຫຼືເພີ່ມນ້ຳໜັກບໍ່? (Need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ	<input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
13.	ເຄີຍຫຼິ້ນໃນຖານີຫຼືໃນບ້ານໂດຍບໍ່ມີການຄວບຄຸມບໍ່? (Ever play in the street or unsupervised in the front yard?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
14.	ໄດ້ໃຊ້ໄສ້ຍຸດແອວບາລີ ເປາະຮອງສເນວລາກັ່ງຂັດບໍ່? (Always use a booster seat and seat belt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/> ຈັດ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ຈັດ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
15.	ໃສ່ໜວກກັນການກະທົບທຸກເທື່ອທີ່ຂີ່ຮີດຊີບຫຼືແປ້ນລີ້ບໍ່? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/> ໃສ່	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃສ່	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
16.	ໃຊ້ເວລາໄປເຮືອນຫຼືເຮືອນແຖວທີ່ມີສະລອຍນ້ຳຫຼືອ່າງນ້ຳຮ້ອນບໍ່? (Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
17.	ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີປືນເກັບໄວ້ບໍ່? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
18.	ໄປຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄົນສຸບຢາບໍ່? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
19.	ອອກໄປຂ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄຣີມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນວ່າໜວກຫຼືເສື້ອບໍ່? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
<b>ລູກທ່ານເຄີຍ: (Has Your Child:)</b>						
20.	ເຄີຍໄດ້ເຫັນຫາລືຖືກກົດຂີ່ອື່ນເທັງຫຼືຖືກເຄາະຮ້າຍບໍ່? (Ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
21.	ມີບັນຫາຢູ່ເຮືອນຫຼືໂຮງຮຽນບໍ່? (Had any problems at home or school?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
22.	ທ່ານມີຄຳຖາມຫຼືຂໍ້ອ້ອງໃຈອື່ນໆກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານບໍ່? (Do you have other questions or concerns about your child's health?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ		
(ກະຮຸນາ ອະທິບາຍ) (Please identify) _____						
_____						
_____						
_____						

For Clinical Use

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

ຄຳຖາມສຳຄັນສ່ວນຕົວ

ກົດບັນຍັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແບ່ງແກ້ງຮັດແຄລິຟໍເນັຽ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແກ້ງຮັດຊາວນາກາງ (5 USC 552a, ອານາໜວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດວ່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງໃຫ້ເມັ່ນເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະແຜນສາທາລະນະສຸກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອ ປະສົບການໃຫ້ການບໍລິການສື່ສານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທ້ອງຮອດໃນຟອມນີ້ອັນກັບ ຄວາມສ່ຽງໃຈຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮອງອັນນະຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ. ແລະຢ່າພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳກັບຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ. ກົດໝາຍແລະກົດ ອຸປະບຸຂອງຮັດຮວມທ້ອງຮອດກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານແລະການເກັບຮັກສາຄວາມລັບຂອງຄົນ ປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ຈຳກັດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງ ການຮັດແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ໃບສັນຍາ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ.