



Ngày Hôm nay _____

Tên của trẻ _____ Chúng tôi nên sử dụng Cô ấy
 cách xưng hô nào cho Anh ấy
 con quý vị? Họ
 Khác: _____

Ngày sinh _____

Tên của quý vị _____ Mối quan hệ với trẻ _____

Dân tộc của con quý vị (không bắt buộc) – Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp:

- Người Mỹ gốc Phi Người Châu Á Gốc Tây Ban Nha, La-tinh
 Thổ dân Mỹ/Alaska Thổ dân Hawaii/Gốc Đảo Thái Bình Dương Người Da Trắng
 Khác _____

(Những) ngôn ngữ được sử dụng ở nhà: _____

Tiền sử Mang thai và Sinh nở

Có vấn đề gì với việc mang thai và sinh nở không? Không rõ Không Có
(giải thích) _____

Người mẹ có được chăm sóc tiền sản thường xuyên không? Không rõ Không Có

Có sử dụng chất gây nghiện trong thai kỳ không? Không rõ Không Có
(đánh dấu) Thuốc lá Rượu Thuốc kê toa Ma túy Khác _____

Chăm sóc Y tế/Nha khoa

Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe/y viện _____

Điện thoại _____

Ngày thăm khám cuối cùng _____ Lý do thăm khám lần cuối _____

Tên nha sĩ/y viện _____

Ngày thăm khám cuối cùng _____ Lý do thăm khám lần cuối _____

Thuốc/Chích ngừa

Có cập nhật chích ngừa không? Không rõ Không Có

Đứa trẻ có dùng thuốc, vitamin, hay chất fluoride không? Không rõ Không Có

Liệt kê tất cả các loại thuốc:

Thuốc	Liều dùng & được lực	Lý do dùng	Ngày/giờ dùng	Người kê toa:
<i>Ví dụ: amoxicillin</i>	<i>250 mg, mỗi sáng & tối</i>	<i>nhiễm trùng tai</i>	<i>hôm qua</i>	<i>Bác sĩ John Doe</i>

Dị ứng

Có dị ứng nào với thuốc hay thực phẩm không? Không rõ Không Có

(mô tả phản ứng) _____

Đưa trẻ có từng (đánh dấu và ghi ngày gần đúng về tuổi của đứa trẻ và chi tiết)

- Nằm viện/phẫu thuật _____
- Đến phòng cấp cứu hay cơ sở chăm sóc khẩn cấp _____
- Các chấn thương/tai nạn chính _____
- Các vết khâu/xương gãy _____
- Vô tình trúng độc _____
- Vấn đề hô hấp hay hen suyễn _____
- Vấn đề về tim hay tiếng thổi tim _____
- Rối loạn về da (vết chàm, eczema, mụn cóc) _____
- Bầm tím/rối loạn đông máu _____
- Sẹo/vết bỏng _____
- Co giật, ngất, các vấn đề về thần kinh _____
- Quan ngại về khả năng nói, thị lực, hay thính lực _____
- Các quan ngại về phát triển hay đánh giá _____
- Thiếu tập trung hoặc các quan ngại về sức khỏe tâm thần khác _____
- Các vấn đề về ăn uống; tăng hoặc giảm cân _____
- Trong nhà có người hút thuốc _____
- Các quan ngại y tế trong hiện tại hay quá khứ khác _____

Có vấn đề nào với (đánh dấu và giải thích)

- Luyện tập kỹ năng đi vệ sinh _____
- Tiểu dầm ban ngày hay tiểu dầm ban đêm _____
- Các sự cố đại tiện ra quần _____
- Táo bón hay tiêu chảy mạn tính _____
- Mẩn đỏ hay đau ở vùng kín phía trước/sau _____
- Chảy máu hay chảy mủ ở vùng kín phía trước/sau _____
- Đau hay ngứa ở vùng kín phía trước/sau _____
- Nhiễm trùng bàng quang/thận/niệu đạo _____
- Chấn thương trước đây ở vùng kín _____

Đưa trẻ sử dụng từ nào để mô tả vùng kín?

Vùng kín phía trước của nam giới _____ Mông/Đít _____
Vùng kín phía trước của nữ giới _____ Ngực/vú _____

Kinh nguyệt

Ngày kinh nguyệt đầu tiên _____ Ngày kinh nguyệt cuối cùng _____
Sử dụng: Miếng thấm Băng vệ sinh Khác _____

Tiền sử gia đình

Đánh dấu bất kỳ bệnh/tình trạng nào mà phụ huynh hoặc anh chị em của trẻ đã từng mắc:

	Phụ Huynh	Anh chị em		Phụ Huynh	Anh chị em
dị tật bẩm sinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vấn đề về chảy máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chẩn đoán sức khỏe tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xương gãy thường xuyên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trầm cảm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rối loạn miễn dịch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lo âu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khuyết tật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vấn đề về ma túy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vấn đề về học tập	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vấn đề về rượu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

khác _____
Có quan ngại nào khác về sức khỏe của đứa trẻ không? _____

Gia đìnhNgày sinh

Phụ Huynh _____

Phụ Huynh _____

Anh chị em _____

Cha mẹ kế _____

Anh chị em cùng cha hay mẹ _____

Anh chị em kế _____

Hôn nhân/quan hệ yêu đương(Các) tên của vợ/chồng/ban tình của mỗi phụ huynhCác ngày bắt đầu/kết thúc mỗi quan hệ**Nhà ở**Địa chỉAi sống ở đây?Đứa trẻ đã sống ở đây bao lâu rồi?

Đứa trẻ có từng bị vô gia cư hay sống với một gia đình khác không?

 Không Có Khi nào? _____**Người chăm sóc**

Liệt kê những người khác đã từng chăm sóc cho đứa trẻ (chẳng hạn như người giữ trẻ, người trông trẻ ban ngày, họ hàng):

TênQuan hệNgày**Việc làm của phụ huynh**Tên _____ Chủ lao động _____ hoặc Thất nghiệpTên _____ Chủ lao động _____ hoặc Thất nghiệpTên _____ Chủ lao động _____ hoặc Thất nghiệp**Các quan ngại trước đây**

Mô tả bất kỳ quan ngại nào trước đây về ngược đãi trẻ em và gia đình:

 Không Có

Mô tả bất kỳ lần nào mà cơ quan bảo vệ trẻ em nào hay cảnh sát phải can thiệp với gia đình:

 Không Có

Mô tả bất kỳ tiền sử ngược đãi nào đối với phụ huynh/người giám hộ khi còn nhỏ:

 Không Có

Các yếu tố gây căng thẳng trong gia đình

Mô tả những điều đã gây căng thẳng cho gia đình (chẳng hạn như ai đó qua đời, bệnh, vấn đề tài chính, mất việc làm, thiếu thực phẩm, đe dọa an toàn, thảm họa tự nhiên).

Bạo lực

Mô tả việc đứa trẻ tiếp xúc với bạo lực: Không Có

Ở nhà _____

Ở trường _____

Trong cộng đồng _____

Đứa trẻ có từng chứng kiến cảnh ngược đãi động vật không? Không Có

(mô tả) _____

Khôa thân, hoạt động tình dục, hay phim ảnh khiêu dâm

Đứa trẻ nhìn thấy gì? Không Có

(mô tả) _____

Vũ khí

Có vũ khí ở căn nhà hay các căn nhà mà đứa trẻ tới thăm không? Không Có

(mô tả) _____

Ma túy và rượu

Mô tả sự tiếp xúc của đứa trẻ với việc sử dụng rượu hay ma túy: _____

Giáo dục

Trường của trẻ _____ Cấp lớp _____

Đứa trẻ học ra sao ở trường? Trung bình Trên trung bình Dưới trung bình

Có vấn đề nào về học tập, Chương trình Giáo dục Cá nhân (IEP), hay Kế hoạch 504 Không? Không Có

(giải thích) _____

Ghi lại bất kỳ vấn đề nào mà đứa trẻ có tại trường: _____

Ghi lại bất kỳ quan ngại về bắt nạt nào: _____

Tiền sử sức khỏe tâm thần

Đứa trẻ có từng có dịch vụ cố vấn hay điều trị nào khác không? Không Có

Lý do/chẩn đoán _____

Cố vấn viên/cơ quan _____ Ngày _____

Chương trình điều trị/bệnh viện _____ Ngày _____

Các quan ngại về cảm xúc hay hành vi đối với đứa trẻ

Mô tả bất kỳ lo ngại nào mà quý vị có về những điều sau:

Không có

Vấn đề về giấc ngủ

Lo âu/sợ hãi

Buồn chán hay thu mình

Tăng động Thái quá

Khó tập trung

Nói dối

Hành vi tình dục

Các chấn thương đối với bản thân

Ý nghĩ về việc làm hại bản thân

Các lo ngại khác

Kỷ luật

Đứa trẻ bị kỷ luật ra sao?

Bản sửa Tháng Ba 2022