



Health Risk and Preventive Care Assessment Đánh Giá Sức Khỏe và Chăm Sóc Phòng Ngừa

Patient's Name | **Thanh Danh:** _____ DOB | Ngày Sinh: _____

Date of Service | Ngày dịch vụ: _____ Sex | **Giới Tính:** Male/ Nam Female/ Nữ

My overall health condition is Tôi cảm thấy tình trạng sức khỏe tổng thể của tôi là	<input type="checkbox"/> Excellent Ưu tú	<input type="checkbox"/> Good Tốt	<input type="checkbox"/> Fair Chung bình	<input type="checkbox"/> Poor Xấu
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------------------	---------------------------------------------

Please answer questionnaires 1-23 below as the preceding statement pertains to you and speak with your doctor if you have any questions. **Hãy trả lời bảng câu hỏi 1-23 bên dưới là liên quan đến bạn và nói chuyện với bác sĩ của bạn nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào**

Diet/ Chế độ ăn

1	I eat three balanced meals a day that includes fruits, vegetables, grains and calcium rich foods Tôi ăn ba bữa cân bằng mỗi ngày bao gồm trái cây, rau, ngũ cốc và thực phẩm giàu canxi.	Yes Đúng	No Không
2	I limit eating fried or fast foods and seldom drink soda, juice drinks, sports or energy drink. Tôi hạn chế ăn đồ chiên hoặc thức ăn nhanh và hiếm khi uống soda, nước trái cây, thể thao hoặc nước tăng lực.	Yes Đúng	No Không
3	I have gained or lost over 10 lbs. in the last 6 months. Tôi đã đạt được hoặc mất hơn 10 lbs. trong 6 tháng qua.	Yes Đúng	No Không

Physical Activity/ Hoạt động

1	I exercise Tôi tập thể dục	Yes Đúng	No Không		
4	If you answered "Yes" to question, please answer the following questions a and b: Nếu bạn trả lời "Có" câu hỏi, vui lòng trả lời các câu hỏi sau a và b:				
	a. How many days a week do you exercise? Bạn tập thể dục bao nhiêu ngày một tuần	<input type="checkbox"/> 1 to 2 days 1 đến 2 ngày	<input type="checkbox"/> 3 to 4 days 3 đến 4 ngày	<input type="checkbox"/> 5 to 7 days 5 đến 7 ngày	
	b. How long do you exercise? Bạn tập thể dục trong bao lâu	<input type="checkbox"/> <30 mins Ít hơn 30 phút	<input type="checkbox"/> > 30 mins Hơn 30 phút	<input type="checkbox"/> 1 hour 1 giờ	<input type="checkbox"/> ≥ 1 hour Hơn 1 giờ

Continenence/ Đánh giá tiểu không tự chủ

5	I have problems with urinating. Tôi có vấn đề với việc đi tiểu.	Yes Đúng	No Không
	If you answered "Yes" to question 5, why do you have trouble with urinating? Nếu bạn trả lời "Có" cho câu hỏi 5, tại sao bạn gặp khó khăn khi đi tiểu?		
	<input type="checkbox"/> Leaking/ Chảy nước <input type="checkbox"/> Frequent trips/ Đi thường xuyên <input type="checkbox"/> Other/ Khác hơn _____		
6	I have frequent urinary tract infections (more than 2 times a year) Tôi bị nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên (hơn 2 lần một năm)	Yes Đúng	No Không
7	I have been diagnosed with an enlarged prostate. Tôi đã được chẩn đoán với một tuyến tiền liệt mở rộng.	Yes Đúng	No Không

Home and Safety/ Nhà và An toàn

8	I feel safe where I live. Tôi cảm thấy an toàn ở nơi tôi sống	Yes Đúng	No Không
9	I drive cautiously, always wear a seat belt while sitting in a car and have not had a car accident in the past year/ Tôi lái xe thận trọng, luôn luôn thắt dây an toàn khi ngồi trong xe và không gặp tai nạn xe hơi trong năm qua.	Yes Đúng	No Không

Fall Risk Vision and Hearing Problems/ Thị lực và Các vấn đề về thính giác

10	I have fallen in the past 12 months. Tôi đã ngã trong 12 tháng qua.	Yes Đúng	No Không
	If you answered "Yes" to question 10, please answer the following questions a and b: Nếu bạn trả lời "Có" câu hỏi 10, vui lòng trả lời các câu hỏi sau a và b:		



Health Risk and Preventive Care Assessment Đánh Giá Sức Khỏe và Chăm Sóc Phòng Ngừa

Patient's Name | **Thanh Danh:** _____ DOB | Ngày Sinh: _____

Date of Service | Ngày dịch vụ: _____ Sex | **Giới Tính:** Male/ Nam Female/ Nữ

	<p>a. How many times did you fall? Bạn đã ngã bao nhiêu lần <input type="checkbox"/> 1 time 1 lần <input type="checkbox"/> 2 or more times 2 lần trở lên What caused your fall? Điều gì khiến bạn ngã _____</p> <p>b. Did your fall cause a fracture or serious injury? Bạn đã bị ngã gây ra gãy xương hoặc chấn thương nghiêm trọng? <input type="checkbox"/> Yes/ Đúng Explain the injury/Giải thích về chấn thương: _____ <input type="checkbox"/> No/ Không</p>		
11	I have safety bars installed in my bathroom. Tôi đã lắp thanh an toàn trong phòng tắm của mình.	Yes Đúng	No Không
12	My vision and hearing changed a lot in the past 12 months. Tầm nhìn và thính giác của tôi đã thay đổi rất nhiều trong 12 tháng qua.	Yes Đúng	No Không
Oral Health and Lifestyle/ Sức khỏe răng miệng và lối sống			
13	I have problem with my oral health. Tôi có vấn đề với sức khỏe răng miệng của mình.	Yes Đúng	No Không
14	I can chew and swallow easily. Tôi có thể nhai và nuốt dễ dàng.	Yes Đúng	No Không
15	I have smoked/chewed tobacco. Frequency of Tobacco Use: _____ Tôi đã hút/nhai thuốc lá. Khoản bao lâu thì bạn hút thuốc	Yes Đúng	No Không
16	I drink alcohol/ Tôi uống rượu If you answered "Yes", how many glasses do you drink a day? <input type="checkbox"/> <2 glasses <input type="checkbox"/> ≥ 2 glasses Nếu bạn trả lời "Có", bạn uống bao nhiêu ly mỗi ngày 2 Ly Hơn 2 Ly	Yes Đúng	No Không
17	Have you had the following health vaccinations? Bạn đã có những vắc-xin sức khỏe sau đây chưa? a. Flu shot in the last year/ Tiêm phòng cúm trong năm ngoái <input type="checkbox"/> Yes/ Có <input type="checkbox"/> No/ Không <input type="checkbox"/> Do not know or remember/ Không biết hoặc không nhớ <input type="checkbox"/> Not Applicable/ Không áp dụng b. Pneumonia shot in the last 5 years/ Viêm phổi được tiêm trong 5 năm qua <input type="checkbox"/> Yes/ Có <input type="checkbox"/> No/ Không <input type="checkbox"/> Do not know or remember/ Không biết hoặc không nhớ <input type="checkbox"/> Not Applicable/ Không áp dụng c. Covid-19 vaccine/ Vắc-xin Covid-19 <input type="checkbox"/> Yes/ Có <input type="checkbox"/> No/ Không <input type="checkbox"/> Do not know or remember/ Không biết hoặc không nhớ <input type="checkbox"/> Not Applicable/ Không áp dụng		
Functional Status Assessment/ Tình trạng chức năng			
18	I can take care of my daily living activities such as eating, toileting, bathing, dressing, walking, etc. Tôi có thể chăm sóc các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của mình như ăn uống, đi vệ sinh, tắm rửa, mặc quần áo, đi bộ, v.v. If you answered "No", please explain: Nếu bạn đã trả lời "Không", vui lòng giải thích	Yes Đúng	No Không
19	I can handle jobs like doing laundry, cooking, paying bills, using the telephone, driving or taking buses, shopping, etc. Tôi có thể xử lý các công việc như giặt đồ, nấu ăn, thanh toán hóa đơn, sử dụng điện thoại, lái xe hoặc đi xe buýt, mua sắm, v.v. If you answered "No", please explain: Nếu bạn đã trả lời "Không", vui lòng giải thích	Yes Đúng	No Không
20	I have trouble remembering important things such as taking my medications on time. Tôi khó nhớ những điều quan trọng như uống thuốc đúng giờ.	Yes Đúng	No Không



Health Risk and Preventive Care Assessment Đánh Giá Sức Khỏe và Chăm Sóc Phòng Ngừa

Patient's Name | **Thanh Danh:** _____ DOB | Ngày Sinh: _____

Date of Service | Ngày dịch vụ: _____ Sex | **Giới Tính:** Male/ Nam Female/ Nữ

Pain Scale/ Đo đau											Location of Pain/ Vị trí đau: _____	
Circle the number that best describes pain level in the last five days Khoanh tròn vào con số mô tả chính xác nhất mức độ đau trong năm ngày qua												
21	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Verbal Scale/ Quy mô bằng lời nói	No Pain/ Không đau	Mild Pain/ Đau nhẹ		Moderate Pain/ Đau vừa phải				Severe Pain/ Đau dữ dội			Worst Possible/ Tệ nhất có thể	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Activity Scale/ Quy mô hoạt động	No Pain/ Không đau	Can be Ignored/ Có thể bỏ qua		Interferes with Tasks/ Can thiệp vào nhiệm vụ		Interferes with Concentration/ Can thiệp vào sự tập trung		Interferes with Basic Needs/ Can thiệp vào nhu cầu cơ bản			Bed rest Required/ Yêu cầu nghỉ ngoi tại giường	
Advance Directive/ Chỉ thị trước												
22	Have you ever completed an Advance Care Plan? Bạn đã bao giờ hoàn thành một Kế hoạch Chăm sóc Trước chưa?										Yes Đúng	No Không
	If you marked "No", do you want to receive one? *Please ask your PCP for materials Nếu bạn đánh dấu "Không", bạn có muốn nhận một cái không? Vui lòng hỏi bác sĩ của bạn về các tài liệu.										Yes Đúng	No Không
23	Do you have other questions or concerns about your health? Bạn có câu hỏi hoặc mối quan tâm khác về sức khỏe của bạn?										Yes Đúng	No Không
	If yes, please describe. Nếu đồng ý, vui lòng mô tả về chi tiết:											

*I understood the above questionnaire and received education and counseling from my Primary Care Physician.
Tôi đã hiểu câu hỏi trên và nhận được sự giáo dục và tư vấn từ Bác sĩ chăm sóc chính của tôi.

Office Use Only/ Chỉ dùng trong văn phòng

Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)			Score
24	What year is this?	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> Incorrect (4pts)	
25	What month is this?	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> Incorrect (3pts)	
26	Give the patient an address phrase to remember with 5 components - <i>example</i> : John Doe, 52 Grand St, Arcadia.	Make sure patient can repeat address phrase properly and inform him/her that you will ask to repeat later.	
27	About what time is it (within one hour)?	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> Incorrect (3pts)	
28	Count backwards from 20-1.	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> 1 Error (2pts) <input type="checkbox"/> > than 1 Error (4 pts)	
29	Say the months of the year in reverse.	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> 1 Error (2pts) <input type="checkbox"/> > than 1 Error (4 pts)	
30	Repeat address phrase.	<input type="checkbox"/> Correct (0pts) <input type="checkbox"/> 1 Error (2pts) <input type="checkbox"/> 2 Errors (4pts) <input type="checkbox"/> 3 Errors (6pts) <input type="checkbox"/> 4 Errors (8pts) <input type="checkbox"/> All wrong (10 pts)	
(6CIT score) Add all scores to total =			

0-7 Normal 8-9 Mild Cognitive Impairment (consider referral) 10-28 Significant Cognitive Impairment (referral)



Health Risk and Preventive Care Assessment Đánh Giá Sức Khỏe và Chăm Sóc Phòng Ngừa

Patient's Name | **Thanh Danh:** _____ DOB | Ngày Sinh: _____

Date of Service | Ngày dịch vụ: _____ Sex | **Giới Tính:** Male/ Nam Female/ Nữ

Depression Screening (PHQ9)/ Khảo sát sàng lọc trầm cảm					
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? Trong 2 tuần qua, bạn có thường xuyên bị làm phiền bởi bất kỳ vấn đề nào sau đây không?		Not at all Không có gì	Several Days Vài ngày	More Than Half the Days Hơn một nửa ngày	Nearly Everyday Gần như mỗi ngày
1	Little interest or pleasure in doing things Ít quan tâm hoặc thích làm mọi thứ	0	1	2	3
2	Feeling down, depressed, or hopeless Cảm thấy suy sụp, chán nản, hoặc vô vọng	0	1	2	3
3	Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much Khó đi vào giấc ngủ, hoặc ngủ quá nhiều	0	1	2	3
4	Feeling tired or having little energy Cảm thấy mệt mỏi hoặc có ít năng lượng	0	1	2	3
5	Poor appetite or overeating Kém ăn hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
6	Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down Cảm thấy khờ khạo về bản thân - hoặc bạn là một người thất bại hoặc đã để bản thân hoặc gia đình thất vọng	0	1	2	3
7	Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television Rắc rối tập trung vào những thứ, chẳng hạn như đọc báo hoặc xem tivi	0	1	2	3
8	Moving or speaking so slowly that other people could have noticed or being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual Di chuyển hoặc nói chậm đến mức người khác có thể nhận thấy hoặc trở nên bồn chồn hoặc bồn chồn đến mức bạn đã di chuyển nhiều hơn bình thường	0	1	2	3
9	Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way Những suy nghĩ rằng bạn sẽ tốt hơn khi chết hoặc làm tổn thương chính mình theo một cách nào đó	0	1	2	3
10	If you circle any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? Nếu bạn khoanh tròn bất kỳ vấn đề nào, những vấn đề này đã gây khó khăn như thế nào cho bạn khi thực hiện công việc, chăm sóc mọi thứ ở nhà hoặc hòa đồng với những người khác?	Not difficult at all Không khó chút nào			<input type="checkbox"/>
		Somewhat difficult Hơi khó			<input type="checkbox"/>
		Very difficult Rất khó			<input type="checkbox"/>
		Extremely difficult Vô cùng khó khăn			<input type="checkbox"/>
1-4 Minimal Depression 5-9 Mild Depression 10-14 Moderate Depression 15-19 Moderately Severe Depression 20-27 Severe Depression Depression		TOTAL Tổng số:			

Provider's Name (Print): _____

Title: M.D./D.O.

Provider's Signature: _____

Reviewed Date: _____

* I have reviewed this questionnaire with my patient and will schedule a follow up as needed