



تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تبقى مع طفلك عندما يكون في حوض الاستحمام؟ Always stays with child when in the bathtub?	14	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقوي نبت وض طفلك في قعر للسيارة الخاص بالطف الف في الخلف؟ Always places child in a forward facing car seat in the back seat?	15	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل ستخديين قعر للسيارة ال ليديب لعمر وح طفلك؟ Car seat used is correct size for age and size of child?	16	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقويين طءبلك أكذ من وجود الأطف قبل الرجوع ع بالسيارة الى الخلف؟ Always checks for children before backing car out?	17	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقض طفلك وقتب بالقرب من حمام السباحة أو اللنهر أو لك بحيرة؟ Child spends time near a swimming pool, river, or lake?	18	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتب ل في منزل يمين م ليوجد من دس؟ Child spends time in home where a gun is kept?	19	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل طءم م لي تدي طفلك خوذة تعلقاء ركوب ال دراجة أول و ح لتتزلج أو السركوتر؟ Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?	20	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل ت عرض طفلك ل إساءة أو ال عرف في قبل؟ Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?	21	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل س اع ي طفلك ل غي ي تظي فس نزل ه ل لنزل ه ل يوي ب ل ب ل ت خ د ا ف ر ش اة و غ ي ط الأنان؟ Child is helped to brush and floss teeth daily?	22	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتب مع أح دال مدخنين؟ Child spends time with anyone who smokes?	23	Tobacco Exposure
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل ل ديك أي بقتس أو لات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو زوم أو سلوك ه؟ Any other questions or concerns about child's health or behavior?	24	Other Questions

إنك لت الإجب قن عم ي ر ج ع ال شرح:

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature			Print Name:		Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature			Print Name:		Date:
PCP's Signature			Print Name:		Date: