



تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً بالقرب من حمام السباحة أو النهر أو البحيرة؟ Child spends time near a swimming pool, river, or lake?	13	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً في المنزل حيث يوجد سلاح؟ Child spends time in home where a gun is kept?	14	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً مع أي شخص يحمل سلاحاً أو سكيناً أو أي سلاح آخر؟ Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?	15	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل نطأ دائماً ليتردي طفلك خوذة أثناء ركوب الدراجة أو لوح التزلج أو السكوتر؟ Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?	16	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل عر ضطفلك لإساءة أو العنف أو العنف في وقت ما؟ Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?	17	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قدام أحدهم ضرب طفلك أو قام بهضرب أي شخص صالغ اامال مضى؟ Has child been hit or hit someone in the past year?	18	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	في بعض طفلك بل خوف أو عدم الأمان في المدرسة أو في لحي (أوقام أحبت خوفه عن طريق الإنترنت؟) Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood, (or been cyber-bullied)?	19	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل يقوم طفلك بتنظيف أسنانه بالفرشاة وخط الأبرن ان؟ Child brushes and flosses teeth daily?	20	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يبدو طفلك أحياناً غميراً أو حزناً أو الإحباط؟ Child often seems sad or depressed?	21	Mental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً مع أحد المدخنين؟ Child spends time with anyone who smokes?	22	Tobacco Exposure
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أي أسئلة أو مخاوف حول صحة طفلك، أو زوم أو سلوكه؟ Any other questions or concerns about child's health or behavior?	23	Other Questions

إذا كنت الإجابة عن أي سؤال على شرح:

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