



ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا همیشه هنگام سوار شدن بر دوچرخه، اسکیت‌برد، یا موتور سیکل کلاه ایمنی می‌پوشد؟ (Always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)	13	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا هرگز شاهد خشونت یا سوءرفتار بوده‌اید؟ (Ever witnessed abuse or violence?)	14	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا در سال گذشته کسی را کوبید، زد، یا مشت زد؟ یا کسی را مشت زد یا کوبید؟ (Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone in the past year?)	15	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا در مدرسه یا محله خود احساس ناامنی می‌کنید؟ یا در مدرسه یا محله خود مورد آزار یا قلدری قرار گرفته‌اید؟ (Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied?)	16	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا روزانه دندان‌های خود را مسواک می‌زنید و نخ دندان می‌کشید؟ (Brushes and flosses teeth daily?)	17	Dental Health
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا اغلب احساس غمگینی، ناامیدی، یا ناامنی می‌کنید؟ (Often feels sad, down, or hopeless?)	18	Mental Health
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا با کسی که سیگار می‌کشد یا مواد مخدر مصرف می‌کند وقت می‌گذرانید؟ (Spends time with anyone who smokes?)	19	Alcohol, Tobacco, Drug Use
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا سیگار می‌کشد یا تنباکو می‌جوید؟ (Smokes cigarettes or chews tobacco?)	20	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا برای بالا بردن خلق و خو یا برای لذت بردن از زندگی چیزی را مصرف می‌کنید؟ (Uses or sniffs any substance to get high?)	21	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا با کسی که داروهای نسخه‌نخورده مصرف می‌کند وقت می‌گذرانید؟ (Uses medicines not prescribed for her/him?)	22	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا هر هفته یکبار یا بیشتر الکل می‌نوشید؟ (Drinks alcohol once a week or more?)	23	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا زمانی که الکل می‌نوشد، به اندازه‌ای می‌نوشد که مست شود یا به خواب برود؟ (If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?)	24	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا دوست یا اعضای خانواده شما کسانی هستند که مشکل مصرف الکل یا مواد مخدر دارند؟ (Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?)	25	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا پس از نوشیدن الکل یا استفاده از مواد مخدر، رانندگی می‌کنید یا سوار ماشین می‌شوید؟ (Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?)	26	
Sexual Issues					
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا کسی را مجبور کرده‌اند یا تحت فشار قرار داده‌اند تا رابطه جنسی داشته باشد؟ (Ever been forced or pressured to have sex?)	27	
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثان (Yes)	آیا رابطه جنسی (دهانی، واژینال، یا مقعدی) داشته‌اید؟ (Ever had sex (oral, vaginal, or anal?)	28	

ضرف وظز (Skip)	ثا (Yes)	سهز (No)	با این فرد رابطه جنسی داشته‌اید یا شریک زندگی دارید؟ آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته با فرد دیگری رابطه جنسی داشته‌اید؟ (Thinks she/he or partner could have a STI?)	29
ضرف وظز (Skip)	ثا (Yes)	سهز (No)	آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته با فرد دیگری رابطه جنسی داشته‌اید؟ (She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?)	30
ضرف وظز (Skip)	ثا (Yes)	سهز (No)	آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته رابطه جنسی بدون استفاده از روش‌های پیشگیری داشته‌اید؟ (She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?)	31
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثا (Yes)	آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته رابطه جنسی داشته‌اید و از روش‌های پیشگیری استفاده کرده‌اید؟ (Used birth control the last time she/he had sex?)	32
ضرف وظز (Skip)	ثا (Yes)	سهز (No)	آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته رابطه جنسی بدون استفاده از کاندوم داشته‌اید؟ (She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?)	33
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثا (Yes)	آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته رابطه جنسی داشته‌اید و از کاندوم استفاده کرده‌اید؟ (She/he or partner used a condom the last time they had sex?)	34
ضرف وظز (Skip)	ثا (Yes)	سهز (No)	آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته رابطه جنسی داشته‌اید و از کاندوم استفاده کرده‌اید؟ (Do you have any questions about your sexual orientation (who you are attracted to) or gender identity (how you feel as a boy, girl, or other gender)?)	35
ضرف وظز (Skip)	سهز (No)	ثا (Yes)	آیا شما یا شریک زندگی‌تان در سال گذشته رابطه جنسی داشته‌اید و از کاندوم استفاده کرده‌اید؟ (Any other questions or concerns about health?)	36

گزینه‌های دیگر برای پر کردن این فرم وجود دارد.

Clinic Use Only	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"/> Patient Declined the SHA
<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"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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:	

PCP's Signature:	Print Name:	Date:
------------------	-------------	-------