

HEEADSS Rapid Questionnaire

(Questions on Home, Education, Employment, Activities, Substance Use, Reproductive Health)

Pangalan :			Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalake <input type="checkbox"/> Babae		
Kapanganakan:			Edad :		
Katayuan:	<input type="checkbox"/> Walang Asawa	<input type="checkbox"/> May Asawa, Kasal	<input type="checkbox"/> Live-in,Hindi Kasal		
Trabaho:	<input type="checkbox"/> Estudyante	<input type="checkbox"/> Nagtatrabaho	<input type="checkbox"/> Estudyante at Nagtatrabaho	<input type="checkbox"/> Wala	
Tirahan :					
Cellphone:		E'mail:		Landline:	
Sagutin ng tapat ang mga sumusunod na katanungan. Ang sagot ay CONFIDENTIAL.					
1.	Ikaw ba ay nakakaranas ng pananakit o pananakot sa inyong bahay?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
2.	Nakaranas ka ba ng bullying at pananakit sa paaralan o sa trabaho ?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
3.	May pagkakataon ba na seryoso mong naisip na wakasan ang iyong buhay?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
4.	Naninigarilyo ka ba?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
5.	Umiinom ka ba ng alak?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
6.	Ikaw ba ay nakaranas ng magka boyfriend / girlfriend?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
7.	Ikaw ba ay nakaranas ng makipag sex o makipagtalik?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
8.	Nakaranas ka ba na ikaw ay pinilit makipag sex ?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
9.	Ikaw ba ay nakaranas nang mabuntis, o makabuntis ?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
10.	Gusto mo bang mag pa counsel o komunsulta para matulungan ka?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo

HEEADSS Rapid Questionnaire

(Questions on Home, Education, Employment, Activities, Substance Use, Reproductive Health)

Pangalan :			Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalake <input type="checkbox"/> Babae		
Kapanganakan:			Edad :		
Katayuan:	<input type="checkbox"/> Walang Asawa	<input type="checkbox"/> May Asawa, Kasal	<input type="checkbox"/> Live-in,Hindi Kasal		
Trabaho:	<input type="checkbox"/> Estudyante	<input type="checkbox"/> Nagtatrabaho	<input type="checkbox"/> Estudyante at Nagtatrabaho	<input type="checkbox"/> Wala	
Tirahan :					
Cellphone:		E'mail:		Landline:	
Sagutin ng tapat ang mga sumusunod na katanungan. Ang sagot ay CONFIDENTIAL.					
1.	Ikaw ba ay nakakaranas ng pananakit o pananakot sa inyong bahay?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
2.	Nakaranas ka ba ng bullying at pananakit sa paaralan o sa trabaho ?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
3.	May pagkakataon ba na seryoso mong naisip na wakasan ang iyong buhay?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
4.	Naninigarilyo ka ba?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
5.	Umiinom ka ba ng alak?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
6.	Ikaw ba ay nakaranas ng magka boyfriend / girlfriend?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
7.	Ikaw ba ay nakaranas ng makipag sex o makipagtalik?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
8.	Nakaranas ka ba na ikaw ay pinilit makipag sex ?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
9.	Ikaw ba ay nakaranas nang mabuntis, o makabuntis ?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo
10.	Gusto mo bang mag pa counsel o komunsulta para matulungan ka?			<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo

HEADSS Form

(Adolescent-Youth Health Assessment Form for ages 10-24 years old)

Petsa: _____	Oras _____	Client Registry Number (CRN): _____
---------------------	-------------------	--

Paalala: Pamantayan ng Klinika na ito na panatiliing **CONFIDENTIAL** o **SIKRETO** ang mga naibahaging impormasyong personal sa amin. Ang iyong mga sagot sa mga sumusunod na katanungan ay hindi ibabahagi kaninuman, *maliban* kung kailanganing tumulong kami sa iyo sa mga sitwasyong tulad ng mga sumusunod:

- Sa mga sitwasyong may bantang panganib sa buhay ng isang kabataan, halimbawa, planong magpakamatay, may bantang saktan sya ng ibang tao, o sa mga sitwasyong ang kabataan ay inaabuso.
- Sa mga sitwasyon ng kabataan na may bantang panganib sa buhay at kalusugan ng ibang tao, halimbawa, ang isang kabataan ay may tiyak na planong saktan ang ibang tao, o upang maiwasan ang nakakahawang sakit.
- Kailangan naming ibahagi ang mga impormasyon nakatala dito sa iba pang makakatulong na ahensya, tulad ng DSWD, police, Women & Children Protection Unit, rehabilitation centers, o ibang pagamutan .

PART 1: Hayaang punan ng pasyente / kliyente ang mga sumusunod na patlang.				
A. PERSONAL INFORMATION				
Pangalan :			Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalake <input type="checkbox"/> Babae	
Kapanganakan:			Edad :	
Katayuan:	<input type="checkbox"/> Walang Asawa	<input type="checkbox"/> May Asawa, Kasal	<input type="checkbox"/> May-asawa. Hindi Kasal	
Trabaho:	<input type="checkbox"/> Estudyante	<input type="checkbox"/> Nagtatrabaho	<input type="checkbox"/> Estudyante at Nagtatrabaho	<input type="checkbox"/> Wala
Tirahan :				
Numero ng Contact:	Sa Bahay:	Cell Phone:	Sa Trabaho:	
Health Insurance:	<input type="checkbox"/> Oo, PhilHealth Member <input type="checkbox"/> Oo , Dependent ng PhilHealth Member <input type="checkbox"/> Oo, Universal Enrolment / Indigency Program/4Ps			<input type="checkbox"/> Wala
Uri ng Kliyente:	<input type="checkbox"/> Bago	<input type="checkbox"/> Dati na	<input type="checkbox"/> Walk-in	<input type="checkbox"/> ini-refer ng:
B. PAST MEDICAL HISTORY				

Kailan ka huling nagpakonsulta sa Health Clinic? at bakit?				
Na-operahan ka na ba?		<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, kailan at bakit?		
Na-rehabilitate ka na ba tungkol sa drug abuse?			<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, kailan?	
Nagkaroon/ meron ka ba ng mga sumusunod na kondisyong pangkalusugan?				
Allergy	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Meron	Allergic saan?	
Asthma	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Meron	Gamot na ininom/ tinurok:	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Meron	Gamot na ininom/ tinurok:	
Convulsion	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Meron	Gamot na ininom/ tinurok:	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Meron	Gamot na ininom/ tinurok:	
UTI	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Meron	Gamot na ininom/ tinurok:	
STI / STDs	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Meron	Gamot na ininom/ tinurok:	
Abortion	<input type="checkbox"/> Wala	<input type="checkbox"/> Oo, kailan?	May Komplikasyon?	
Iba pa:				
C. FAMILY HISTORY				
Miyembro ng Pamilya na may sakit	Edad	Kasarian	Kalagayang Pangkalusugan	Kung namayapa na, dahilan ng kamatayan
D. PSYCHOSOCIAL HISTORY & ASSESSMENT. Ang matapat mong kasagutan ay makakatulong sa amin upang ikaw ay mabigyan ng tamang pangangalaga.				
➤ HOME AND FAMILY				
1) Sino-sino ang kasama mong naninirahan sa bahay ? paki-lagyan ng tsek				
<input type="checkbox"/> Tatay	<input type="checkbox"/> Nanay	<input type="checkbox"/> Mga kapatid? Ilan ?		
<input type="checkbox"/> Stepfather	<input type="checkbox"/> Stepmother	<input type="checkbox"/> Iba pa:		
2) Kung ikaw ay may kailangan o may problema, kanino ka lumalapit ng tulong ?				
<input type="checkbox"/> Tatay	<input type="checkbox"/> Nanay	<input type="checkbox"/> Kapatid		
<input type="checkbox"/> Stepfather	<input type="checkbox"/> Stepmother	<input type="checkbox"/> Iba pa:		

3) May mga pagkakataon ba na pinag –isipan mong maglayas o umalis na ng inyong bahay?		
<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, bakit?		
4) Ikaw ba ay nakakaranas ng pananakit o pananakot sa inyong bahay?		
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
➤ EDUCATION.		
1) Ikaw ba ay kasalukuyang nag-aaral?		
<input type="checkbox"/> Oo nag -aaral, saan at anong level ka ngayon? _____ ; Na- suspende ka na ba sa loob ng taong ito? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, bakit?		
<input type="checkbox"/> Hindi nag-aaral, ano ang mga dahilan ng di mo pag-aaral? _____		
2) Sumasali ka ba sa mga sports, theatre arts, dance club, peer education, fraternity / sorority club, gang ? <input type="checkbox"/>		
Hindi <input type="checkbox"/> Oo, ano ang iyong mga ginagawa?		
3) Nakaranas ka ba ng bullying? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, ano ang aksyong ginawa mo?		
➤ EMPLOYMENT. Sagutan kung ikaw ay nagtatrabaho.		
1) Ano ang iyong trabaho, at ilang oras ka nagtatrabaho sa isang araw?		
2) Kasundo mo ba iyong mga katrabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi, ano ang dahilan?		
3) Ano ang iyong hangarin / pangarap tungkol sa iyong trabaho?		
<input type="checkbox"/> Ma-promote	<input type="checkbox"/> Mas mabuting working condition	<input type="checkbox"/> Ma-permanente sa trabaho
<input type="checkbox"/> Mas mabuting sahod	<input type="checkbox"/> Mas mabuting working relationship	Iba pa:
➤ EATING HABITS & EXERCISE		
1) Kumakain ka ba ng regular tatlong beses sa isang araw – almusal, tanghalian, hapunan?		
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi, bakit?		
2) Ano- ano ang mga physical activities na karaniwan mong ginagawa?		
➤ EMOTIONS		
1) Sa nakaraang dalawang linggo, madalas ka bang nalulungkot na parang wala nang saysay ang buhay?		
<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo; ano ang dahilan?		
2) May pagkakataon ba na seryoso mong naisip na wakasan ang iyong buhay? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo , ano ang dahilan?		
3) Kung ikaw ba ay nagagalit, may pagkakataon ba na ikaw ay nakakapanakit o nagwawala ?		

<input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, ano ang nagtulak sa iyo para manakit o magwala?					
4) Gusto mo bang magpa-counsel tungkol sa mga bagay na bumabagabag sa iyo? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi, Kung hindi, bakit?					
➤ ACTIVITIES & PEER RELATIONSHIP.					
1) Ano ang ginagawa mo kapag may libre kang oras o kapag Sabado at Linggo?					
<input type="checkbox"/> Gawaing bahay	<input type="checkbox"/> Sports	<input type="checkbox"/> Nagbabasa	<input type="checkbox"/> Tulong sa bukid	<input type="checkbox"/> Religious functions	
<input type="checkbox"/> Lakad / gala	<input type="checkbox"/> Bahay lang	<input type="checkbox"/> Community work	<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> Iba pa: _____	
2) Meron ka bang mga kaibigan/ kabarkada? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Meron, ano ang karaniwang ginagawa nyo ng iyong mga kaibigan o kabarkada?					
➤ DRUGS / SUBSTANCE USE					
1) Naninigarilyo ka ba? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, anong edad ka nag umpisa? _____; ilang sticks sa isang araw? _____					
2) Umiinom ka ba ng alak? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, anong edad ka nag umpisa? _____ gaano kadalas? _____, at gaano karaming bote o baso? _____					
3) Gumagamit ka ba ng marijuana, shabu, o ibang drugs or inhalants? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, saan o kanino ka natutong gumamit? _____; anong edad ka nag umpisa?, _____ gaano kadalas? _____, at anong klase ng drugs?					
4) Meron ba sa iyong kapamilya o kaibigan ang gumagamit ng marijuana, shabu, o ibang drugs o inhalants? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Meron					
5) Ano ang dahilan bakit ka gumagamit ng marijuana, shabu, o ibang drugs o inhalants?					
➤ SEXUAL HEALTH DEVELOPMENT					
1) Meron ka bang alalahanin tungkol sa mga pagbabago sa yong katawan? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Meron, kung meron, ano ang mga iyon?					
<input type="checkbox"/> Pagreregla	<input type="checkbox"/> Paglaki ng dibdib	<input type="checkbox"/> Pubic hair	<input type="checkbox"/> Scrotum enlarge	<input type="checkbox"/> Wet dreams	<input type="checkbox"/> Masturbation
2) Pumapasok ba sa isipan mo na baka ikaw ay gay, lesbian, or bisexual? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, nais mo bang magpa-counsel tungkol dito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi					
3) Ikaw ba ay nakaranas ng makipag sex? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, kanino? _____; ilang partners? _____					
PART 2: Ang parteng ito ay nakalaan para punan ng health service provider .					
VITAL SIGNS:					

T ° :	PR/CR :	RR :	BP
Height :	Weight :	BMI	Classification :
CHIEF COMPLAINT :			
HISTORY OF PRESENT ILLNESS:			
REPRODUCTIVE HEALTH AND SEXUAL HISTORY . Ipaliwanag na ang mga sumusunod na tanong ay kailangang itanong sa mga kabataang lalaki at babae			
1) Para sa mga babae, dinadatnan ka na ba ng buwanang regla? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, kailan o ilang taon ka nung una kang niregla? _____ Kailan ang huli mong regla (una at huling araw ng regla)? _____			
2) Para sa babae at lalaki, Ikaw ba ay nakaranas ng makipag sex? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, kanino? _____ ;Ilan ang sex partners? _____ Ilang taon ka nag- simula makipag sex? _____			
3) Gumagamit ka ba ng anumang contraceptive method ? <input type="checkbox"/> Oo, anong method/s ang ginagamit mo /ninyo? _____; Saan ka kumukuha o bumibili ng contraceptive method? _____ sino ang nagturo ng tamang paggamit? _____ <input type="checkbox"/> Hindi, ano ang dahilan ng hindi paggamit? _____			
4) Ikaw ba ay nakaranas nang mabuntis, o makabuntis ? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo, ilang beses? ; ano ang nangyari sa pagbubuntis? _____; ginusto mo ban a ikaw ay mabuntis / makabuntis sa edad at sitwasyon mo noon?			
5) Ikaw ba ay nakaranas nang magkaroon ng “Tulo” or sexually transmitted infection? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo ; Kung oo, ano ang ginawa mo? _____			
6) Nakaranas ka ba na ikaw ay pinilit na makipag sex ? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
7) Ikaw ba ay nakaranas ng pang-aabusong pisikal, sexual? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			

Kung oo, kanino? _____

PHYSICAL EXAMINATION

Body Organ	Normal	Abnormal Findings		Description & Other Findings
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Discoloration	<input type="checkbox"/> Dryness	
		<input type="checkbox"/> Lesion (acne)	<input type="checkbox"/> ↓ Turgor	
Head and Scalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bulges /irregularities	<input type="checkbox"/> Lesion	
		<input type="checkbox"/> Tenderness	<input type="checkbox"/> Deformity	
Cheeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ulcer/Lesion	<input type="checkbox"/> Swelling	
Neck & Lymph Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rigidity	<input type="checkbox"/> Fistula	
		<input type="checkbox"/> Tenderness	<input type="checkbox"/> Swelling/Mass	
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vision: R___ L___	<input type="checkbox"/> Inflammation	
		<input type="checkbox"/> Lesion	<input type="checkbox"/> Discharge	
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ↓Hearing Acuity: R___ L___	<input type="checkbox"/> Discharge	
		<input type="checkbox"/> Deformity	<input type="checkbox"/> Inflammation	
Nose & Sinuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deformity	<input type="checkbox"/> Bleeding	
		<input type="checkbox"/> Ulcer/Lesion	<input type="checkbox"/> Discharge	
Mouth & Tongue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Tongue Deviation	
		<input type="checkbox"/> Ulcer/lesion	<input type="checkbox"/> Deformity	
Teeth & Gums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Absent tooth/teeth	<input type="checkbox"/> Bleeding	
		<input type="checkbox"/> Caries	<input type="checkbox"/> Swelling	
Throat, Pharynx & Tonsils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Foul odor	<input type="checkbox"/> Inflammation	
		<input type="checkbox"/> Ulcer/Lesion	<input type="checkbox"/> Swelling	
Thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diffuse enlargement	<input type="checkbox"/> Mass/es	
Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abnormal sounds	<input type="checkbox"/> Irregular beat	
Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tenderness	<input type="checkbox"/> Deformity	
		<input type="checkbox"/> Bulges/Depression	<input type="checkbox"/> Retraction	
Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Rales /Crackles	
		<input type="checkbox"/> Stridor		
Breast & Axilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Retraction/Dimpling	<input type="checkbox"/> Mass/Nodule	
		<input type="checkbox"/> Enlarged lymph nodes	<input type="checkbox"/> Discharge	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Striae	<input type="checkbox"/> Tenderness	
		<input type="checkbox"/> Mass/es	<input type="checkbox"/> Distention	
Spine & Shoulder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tenderness	<input type="checkbox"/> Deformity	
		<input type="checkbox"/> Scoliosis	<input type="checkbox"/> Lordosis	
		<input type="checkbox"/> Kyphosis		
Upper / Lower	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deformity	<input type="checkbox"/> Clubbing of nails	
Extremities		<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Tremors	

Anus & Rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesion	<input type="checkbox"/> Stricture	
		<input type="checkbox"/> Mass/es	<input type="checkbox"/> Tenderness	

REPRODUCTIVE TRACT EXAMINATION

NOTE: Internal examination should be done only among sexually active females.

F E M A L E

TANNER Stage :		Breasts : _____	Pubic Hair: _____	
	Normal	Abnormal Findings		Description & Other Findings
Vulva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesion	<input type="checkbox"/> Inflammation	
		<input type="checkbox"/> Swelling	<input type="checkbox"/> Developmental anomalies	
Vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesion	<input type="checkbox"/> Discharge	
		<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Mass/es	
Cervix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesion	<input type="checkbox"/> Discharge	
		<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Mass/es	
Uterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tenderness	<input type="checkbox"/> Enlargement	
		<input type="checkbox"/> Mass(es)	<input type="checkbox"/> Retroversion /retroflexion	
Adnexae		<input type="checkbox"/> Mass/es	<input type="checkbox"/> Tenderness	

M A L E

TANNER Stage :		Scrotum : _____	Pubic Hair: _____	
	Normal	Abnormal Findings		Description & Other Findings
Penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesion	<input type="checkbox"/> Phimosis	
		<input type="checkbox"/> Swelling	<input type="checkbox"/> Purulent Discharge	
Scrotum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesion	<input type="checkbox"/> Maldescended testis	
		<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Tenderness	
Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tenderness	<input type="checkbox"/> Enlargement	

DIAGNOSIS :

Age	<input type="checkbox"/> Early adolescent (10 – 13y/o) <input type="checkbox"/> 20- 24 y/o	<input type="checkbox"/> Middle adolescent (14- 16 y/o)	<input type="checkbox"/> Late adolescent (17- 19 y/o)
------------	---	---	--

Risky behaviors (from priority to least priority e.g. heavy smoker consuming 10-15 sticks /day, sexually active without using any method to prevent pregnancy or STI)

Diagnosis for medical chief complaint:

Management :
Referred to: Reason for referral:
Follow-up date :

PAHINTULOT NG MAGULANG O LEGAL GUARDIAN

Para sa Kabataang Pasyente, Edad 17 Pababa

Ako si _____, _____ taong gulang, nakatira sa _____,

INA AMA LEGAL GUARDIAN ni _____, _____ taong gulang, ay ibinibigay ang aking pahintulot ng may buong kaalaman at pagkaunawa sa aking anak / ward , upang tumanggap ng:

LABORATORY EXAMS: _____

CONTRACEPTIVE METHOD: _____

Nilagdaan sa ika _____ araw, buwan ng _____, taon 20____ sa Lungsod / Munisipyo ng _____, Probinsya ng _____.

Lagda

PAHINTULOT NG MAGULANG O LEGAL GUARDIAN

Para sa Kabataang Pasyente, Edad 17 Pababa

Ako si _____, _____ taong gulang, nakatira sa _____,

INA AMA LEGAL GUARDIAN ni _____, _____ taong gulang, ay ibinibigay ang aking pahintulot ng may buong kaalaman at pagkaunawa sa aking anak / ward , upang tumanggap ng:

LABORATORY EXAMS: _____

CONTRACEPTIVE METHOD: _____

Nilagdaan sa ika _____ araw, buwan ng _____, taon 20____ sa Lungsod / Munisipyo ng _____, Probinsya ng _____.

Lagda

OUTWARD REFERRAL FORM		Date Referred:
REFERRED BY : <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RHM		Tel.No.
REFERRED TO:		
Patient's Name:		
Age: _____ Sex: _____ Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Living-in		
Occupation: <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Not in school / Not working		
Reason for Referral :		
History and Pertinent P.E findings:		
Impression:		
Risky behaviours:		
		_____ Signature of Provider Referring

FEED BACK FORM		Date:
TO: (name referring facility):		Tel.No.
Patient's Name: _____ ; Age: _____ ; Sex: _____		
Diagnosis :		
Summary of Management (include laboratory exams done; ancillary procedures; course of treatment ; management)		
Recommended Management at RHU:		
		_____ Signature of Attending Provider

