



Ede tibebe ou kòmanse lavi li ansante!



Tanpri reponn kesyon sa yo pou ka chèche konnen si gen ankenn bagay nan lavi w ta ka afekte sante w oswa sante tibebe w la. Repons ou yo ap rete konfidansyèl. Ou ka kalifye pou resevwa sèvis gratis nan pwogram Healthy Start la oswa pwogram Healthy Families lan, kèlkanswa valè lajan ou touche! (Tanpri ranpli fòm lan avèk yon plim.)*

Dat jodi-a (mwa/jou/ane) : _____

	WI	NON
1. Èske w te gradye nan lekòl segondè oswa èske w te resevwa yon GED?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁
2. Èske w marye kounye a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ₁
3. Èske genyen oken timoun lakay ou ki poko gen 5 ane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Èske genyen oken timoun ki gen bezwen medikal oswa bezwen spesyal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Èske se yon bon moman pou ou pou vin ansent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nan dènye mwa a, èske w te santi ou te deprime, febli oswa dezespere?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/>
7. Nan dènye mwa a, èske w te santi ou poukont ou lè w te gen pwoblèm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Èske w te janm resevwa sèvis sante mantal oswa konsèy pou sante mantal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nan dènye ane a, èske yon moun ou konnen t ap eseye fè ou mal oswa menase ou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Èske w genyen pwoblèm pou peye bòdwo ou yo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ki ras ou? Tcheke youn oswa plis.

Blan Nwa Lòt _____

12. Nan dènye mwa a, konbyen vè alkòl ou te bwè pa semèn?

_____ vè ₁ mwen pa t bwè

13. Nan dènye mwa a, konbyen sigarèt ou te fimen pa jou? (yon pòch sigarèt genyen 20 sigarèt)

_____ sigarèt ₁ mwen pa t fimen

14. Si w ap reflechi anvan w te ansent, èske w?

pa t vle ansent kounye a
 e vle ansent pita
 ₁ pa t vle ansent

15. Èske se premye fwa ou ansent?

₂ Wi Non Si non, bay dat dènye fwa ou te ansent:
Dat: (mwa/ane) _____

16. Tanpri make nenpòt nan sa ki te rive.

₃ Mwen te fè yon tibebe ki pa t fèt vivan
 ₃ Mwen te fè yon tibebe ki te fèt plis ke 3 semèn avan dat li
 ₃ Mwen te fè yon tibebe ki te peze mwens ke 5 liv, 8 ons
 Okenn nan repons sa yo

PATIENT INFORMATION	Non: Non _____ Siyati _____ Premye lèt non mitan _____	Nimero Sosyal sekirite: _____	Jou ou fet (mwa/jou/ane): _____	17. Laj: _____	<input type="checkbox"/> ₁ <18
	Address (nimero/apatman): _____	County: _____	Cite: _____	Eta: _____	kòd lapòs: _____
	Kisa ki kouvri swen analiz pou timoun ki poko fèt yo: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Asirans prive _____ <input type="checkbox"/> San Asirans <input type="checkbox"/> Lòt Asirans lasante _____	Pi bon lè pou yo ta jwenn mwen se: _____	Telefòn #1 _____	Telefòn #2 _____	

Mwen bay otorizasyon pou yo fè echanj enfòmasyon medikal mwen ant pwogram Healthy Start, Healthy Start Providers, Kowalisyon Healthy Start, Healthy Families Florida, WIC, Depatman Sante Florid, arek dokte medikal mwen yo pou yo ka bay mwen sèvis, peye pou sèvis mwen resevwa, amelyore kalite sèvis yo oswa elijib pou pwogram yo. Otorizasyon sa a rete efektifman jiskaske mwen ekri pou sipon.

Siyati: _____ Dat: _____

Silvouple mete inisyal ou: _____ Wi _____ Non _____ Epitou mwen otorize pou yo fè echanj enfòmasyon medikal espesifik jan sa deklari anwo a, ki enkli nenpòt enfòmasyon sou sante mantal mwen, TB, abi alkòl/dwòg, maladi seksyèl, oswa enfòmasyon sou SIDA.

* Si w pa vle patisipe nan pwosesis seleksyon an, tanpri ranpli sèlman seksyon enfòmasyon pou pasyan epi siyen anba a:

Siyati : _____ Dat: _____

PROVIDER ONLY	LMP (mo/day/yr): _____	EDD (mo/day/yr): _____	18. Pre-Pregnancy: Wt: _____ lbs. Height: _____ ft. _____ in. BMI: _____	<input type="checkbox"/> ₁ < 19.8 <input type="checkbox"/> ₂ > 35.0
	Provider's Name: _____	Provider's ID: _____	19. Pregnancy Interval Less Than 18 Months? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes
	Provider's Phone Number: _____	Provider's County: _____	20. Trimester at 1st Prenatal Visit? _____	<input type="checkbox"/> ₁ 2nd
	Healthy Start Screening Score: _____	Check One: <input type="checkbox"/> Referred to Healthy Start. If score <6, specify: _____ <input type="checkbox"/> Not Referred to Healthy Start.		
	Provider's/Interviewer's Signature and Title _____			Date (mo/day/yr) _____