



Partnership HealthPlan of California

ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਜੋਖਮ ਮੁਲਾਂਕਣ ਫਾਰਮ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਕੁਝ ਮਿੰਟ ਕੱਢੋ ਤਾਂ ਜੋ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਬਾਰੇ ਸਿੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕੇ। ਅਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਜਵਾਬਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਹੋ ਸਕੇ ਸਹੀ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Partnership ਨੂੰ (800) 809-1350, 'ਤੇ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ (800) 735-2929 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਹੁਰੇ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਕਰੋ

ਵੱਲ: Partnership HealthPlan of California
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਸਵੈ-ਇੱਛਤ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।

Partnership CCS ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____ Medi-Cal ID ਨੰਬਰ: _____

- ਇਸ ਸਰਵੇਖਣ ਦੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਕੌਣ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ?
 ਮਾਂ ਪਿਤਾ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਪੇ ਖੁਦ
 ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਹੋਰ ਮੈਂਬਰ: _____ ਹੋਰ: _____
- ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?
 ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਤਾਗਾਲੋਗ ਰੂਸੀ ਹੋਰ: _____
- ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ? (ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਚੁਣੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋਰ ਬੱਚਿਆਂ ਤੋਂ ਇਹ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣਗੇ)

ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਖੁਦ ਕਰਨਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਖੁਆਉਣਾ (ਫੀਡਿੰਗ)

ਨਹਾਉਣਾ ਜਾਂ ਸ਼ਾਵਰ ਲੈਣਾ (ਨਹਾਉਣਾ)

ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨਣਾ (ਡਰੈਸਿੰਗ)

ਪਖਾਨੇ ਜਾਣਾ (ਮਲ ਤਿਆਗ)

ਸਮੇਂ ਸਿਰ/ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ "ਹਾਦਸੇ" ਦੇ ਪਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਣਾ (ਨਿਯੰਤਰਣ)

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਸਰਗਰਮ ਰਹਿਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

ਤੁਰਨਾ (ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ)

ਬਿਸਤਰੇ ਜਾਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ (ਥਾਂ ਬਦਲਨਾ)

ਪੌੜੀਆਂ ਚੜ੍ਹਨਾ ਜਾਂ ਉਤਰਨਾ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਤੰਤਰਤਾ ਦਿਖਾਉਣਾ:

ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਲਈ ਬਾਹਰ ਜਾਣਾ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਕੰਮ 'ਤੇ ਜਾਣਾ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨਾ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਫੋਨ, ਟੈਬਲੇਟ, ਜਾਂ ਕੰਪਿਊਟਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ _____

ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

4. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਕਿਸੇ ਖੇਤਰੀ ਕੇਂਦਰ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
ਉਸ ਕੇਂਦਰ ਦਾ ਨਾਮ ਕੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂਦੇ ਹੋ? _____

5. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ? (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

ਸਪੀਚ ਥੈਰੇਪੀ

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਘਰ

ਸਕੂਲ

ਮੈਡੀਕਲ ਥੈਰੇਪੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (MTP)
ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਥੈਰੇਪੀ ਯੂਨਿਟ (MTU)

ਹੋਰ

ਸਰੀਰਕ ਥੈਰੇਪੀ

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਘਰ

ਸਕੂਲ

MTP/MTU

ਹੋਰ

ਕਿੱਤਾਮੁਖੀ ਥੈਰੇਪੀ

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਘਰ

ਸਕੂਲ

MTP/MTU

ਹੋਰ

ਸਾਹ ਸਬੰਧੀ ਥੈਰੇਪੀ

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਘਰ

ਸਕੂਲ

ਹੋਰ

ਨਰਸਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਘਰ

ਸਕੂਲ

ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ ਘੰਟੇ/ਦਿਨ? _____

ਹੋਰ

ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਵਿਵਹਾਰਕ ਥੈਰੇਪੀ

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ?

ਘਰ

ਸਕੂਲ

ਹੋਰ

ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿੱਖਿਆ ਯੋਜਨਾ (IEP) ਜਾਂ 504 ਯੋਜਨਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿੱਖਣ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ?

ਕਿਹੜੀ(ਆਂ)?

IEP 504

ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ

ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਰਾਹਤ ਸੰਭਾਲ, ਪੈਲੀਏਟਿਵ ਕੇਅਰ, ਆਦਿ)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ _____

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ? ਘਰ ਸਕੂਲ

ਹੋਰ

6. ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਕਰੋਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਿਹਤ ਕਿਹੋ ਜਿਹੀ ਹੈ

ਸ਼ਾਨਦਾਰ

ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ

ਵਧੀਆ

ਠੀਕ

ਮਾੜੀ

7. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਹੈ?

ਭੋਜਨ

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ) _____

ਵਾਤਾਵਰਣ (ਮੌਸਮੀ, ਧੂੜ, ਪ੍ਰਦੂਸ਼ਣ, ਆਦਿ)

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ) _____

ਦਵਾਈ(ਆਂ)

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ) _____

ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਨਹੀਂ ਜਿਸਦਾ ਪਤਾ ਹੋਵੇ

8. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਟਿਕਾਊ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣ (DME) ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਆਰਡਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ?

ਹਾਂ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

ਐਨਕਾਂ

ਸੁਣਨ ਸੰਬੰਧੀ ਉਪਕਰਣ

ਕੋਕਲੀਅਰ ਇੰਪਲਾਂਟ

ਵ੍ਹੀਲਚੇਅਰ

ਬ੍ਰੈਸ

ਆਰਥੋਟਿਕਸ

ਵਾਕਰ

ਕਾਰ ਸੀਟ

ਬੈਡ

ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ/ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨ

ਆਕਸੀਜਨ

ਪਰਕਸ਼ਨ ਵੈਸਟ

ਇਨਸੁਲਿਨ ਪੰਪ/ਨਿਰੰਤਰ ਗਲੂਕੋਜ਼ ਮਾਨੀਟਰ

ਇੰਟਰਵੇਨਸ ਪੰਪ/ਇਨਫਿਊਜ਼ਨ ਡਿਵਾਈਸ

ਫੀਡਿੰਗ ਪੰਪ/ਗੈਸਟਰੋਸਟੋਮੀ ਟਿਊਬ (GT)/ਜੇਜੁਨੋਸਟੋਮੀ ਟਿਊਬ (JT)/ਗੈਸਟਰੋਜੇਜੁਨੋਸਟੋਮੀ

ਟਿਊਬ (GJT)

ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ) _____

ਇਸ ਦਾ ਆਰਡਰ ਕਿਸਨੇ ਦਿੱਤਾ? _____

ਆਖਰੀ ਆਰਡਰ ਦੀ ਮਿਤੀ _____

ਵਿਕਰੇਤਾ ਕੌਣ ਸੀ? _____

ਵਿਕਰੇਤਾ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: _____

9. ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਵਰਤਮਾਨ ਮਾਪ ਕੀ ਹੈ: ਉਚਾਈ _____

ਭਾਰ _____

14. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੁਆਰਾ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਹੈ? ਹਰੇਕ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਹੁਣ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਸੀ।

	ਵਰਤਮਾਨ	ਅਤੀਤ
ਦਮਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਿਸਟਿਕ ਫਾਈਬਰੋਸਿਸ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਜਮਾਂਦਰੂ ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦਿਲ ਦੀ ਗੁੜਗੁੜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਪੈਰਾ/ਕਵਾਡ੍ਰੀਪਲੇਜੀਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦੌਰੇ/ਮਿਰਗੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸੈਰੀਬ੍ਰਲ ਪਾਲਸੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਹੋਰ ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਅਵਸਥਾਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ(ਆਂ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਕੇਲਿਓਸਿਸ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਹੱਡੀਆਂ ਜਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਹੋਰ ਵਿਕਾਰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਓਸਟੇਮੀ/ਜੀ ਟਿਊਬ/ਕੋਲੋਸਟੋਮੀ/ਯੂਰੋਸਟੋਮੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਕ੍ਰੋਹਨ ਰੋਗ/ਅਲਸਰੇਟਿਵ ਕੋਲਾਈਟਿਸ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸੋਲੀਏਕ ਰੋਗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਹੋਰ ਗੈਸਟਰੋਇੰਟੇਸਟਾਈਨਲ (GI)/ਪੇਟ/ਪਾਚਨ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਸਿਕਲ ਸੈੱਲ ਅਨੀਮੀਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਹੀਮੋਫਿਲਿਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਡਾਇਬਟੀਜ਼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਇਮਿਊਨ ਵਿਕਾਰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਡਾਇਲਿਸਿਸ 'ਤੇ ਹੈ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਜਿਗਰ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਆਣਵਾਂਸ਼ਿਕ ਸਥਿਤੀਆਂ, ਅਰਥਾਤ ਡਾਊਨ ਸਿੰਡਰੋਮ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਵਾਧੇ / ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਜਮਾਂਦਰੂ ਨੁਕਸ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
ਘੱਟ ਭਾਰ / ਵਧਣ-ਫੁੱਲਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸੁਣਨ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਬੋਲਣ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਮਾਈਗ੍ਰੇਨ / ਸਿਰ ਦਰਦ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਜ਼ਹਿਰ ਚੜਨਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਹੋਰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਕੀ ਹੈ/ਹਨ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਮਾਹਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

- ਹਾਂ
- ਕਿਹੜੀ ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) _____
- ਨਹੀਂ - ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਉਸਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਹੈ(ਹਨ)
- ਨਾਮ/ਮੁਹਾਰਤ _____
- ਨਾਮ/ਮੁਹਾਰਤ _____
- ਨਾਮ/ਮੁਹਾਰਤ _____
- ਨਹੀਂ - ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਕਿਸੇ ਮਾਹਰ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ

16. ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੌਣ ਹਨ?

ਤੁਹਾਡੇ ਭਾਈਚਾਰੇ ਵਿਚਲੇ ਮੁੱਢਲੇ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (PCP)

- ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਹੈ
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____
- ਆਖਰੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤ: ਮਿਤੀ: _____
- ਅਗਲੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤ: ਮਿਤੀ: _____

ਮਾਹਰ ਦੇਖਭਾਲ ਕੇਂਦਰ

- ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
- ਸੁਵਿਧਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____
- ਸੁਵਿਧਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____
- ਆਖਰੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤ: ਮਿਤੀ: _____
- ਅਗਲੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤ: ਮਿਤੀ: _____

ਨਿਯਮਿਤ ਡੈਂਟਲ ਦੇਖਭਾਲ

- ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਹੈ
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: _____
- ਆਖਰੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤ: ਮਿਤੀ: _____

ਨਿਯਮਿਤ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਦੇਖਭਾਲ

- ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਹੈ
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: _____
- ਆਖਰੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤ: ਮਿਤੀ: _____

ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸੰਭਾਲ

- ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____
- ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: _____
- ਸਮੱਸਿਆ(ਵਾਂ) ਜਿਸ/ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ: _____

- ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਨਿਯਮਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਨਹੀਂ
17. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨੇ ਉਸ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ, ਕੰਮ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਖੁੰਝਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਾਇਆ ਹੈ? ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ:

18. ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਦਿਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸਮਾਂ (ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 7:30 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5:30 ਵਜੇ ਤੱਕ) ਕੀ ਹੈ?

ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ

ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ।

ਗ