

CHILDREN'S ADMINISTRATION GAIN-SS

Version (GVER): GSS-annual 2.0.1

Copyrighted @ 2005 by: Chestnut Health Systems

PANGALAN NG KLIYENTE (UNA, GITNA, HULI))		1. PETA	2. <input type="checkbox"/> May Gulang <input type="checkbox"/> Kabataan	3. <input type="checkbox"/> Tumangging Sumagot sa Katanungan ang Kliyente <input type="checkbox"/> Hindi Makasagot sa Katanungan ang Kliyente
NUMERO NG TELEPONO NG KLIYENTE	PETA NG KAPANANAKAN NG KLIYENTE	4. ID NG CAMIS PERSON		LAHI/ GRUPONG ETNIKO
TIRAHAN NG KLIYENTE		BAYAN	ESTADO	ZIP CODE
PANGALAN NG SOCIAL WORKER			NUMERO NG TELEPONO NG SOCIAL WORKER	
5. Isinangguni ang Kliyente sa Pagtatasa <input type="checkbox"/> Kalusugan ng Isip <input type="checkbox"/> Pagiging Dependente sa Kemikal <input type="checkbox"/> Magkasabay na Sakit sa lisang Panahon <input type="checkbox"/> Hindi isinangguni ang kliyente		6. Kasalukuyang Tumatangap ang Kliyente ng Serbisyo <input type="checkbox"/> Kalusugan ng Isip <input type="checkbox"/> Pagiging Dependente sa Kemikal <input type="checkbox"/> Magkasabay na Sakit sa lisang Panahon		7. <input type="checkbox"/> Child Protective Services (CPS) o Mga Serbisyong Nagbibigay ng Proteksyon sa Kabataan <input type="checkbox"/> Family Volunteer Services o Mga Serbisyong Boluntaryong Ibinibigay sa Pamilya <input type="checkbox"/> Family Reconciliation Services (FRS) o Mga Serbisyong Nagbibigay-Payo sa Pamilyang May Mga Anak na Tin-edyer <input type="checkbox"/> Child and Family Welfare Services o Mga Serbisyo Para Sa Kapakanan ng Bata at Pamilya <input type="checkbox"/> Child Health and Education Track (CHET) o Pagsubaybay sa Kalusugan at Edukasyon ng Bata
Global na Pagtatasa sa mga Pangangailangan ng Indibidwal-Maikling Panala (GAIN-SS)				
Ang sumusunod na katanungan ay tungkol sa mga karaniwang problemang pangsikolohiya, pangkaugalian o pampersonal. Ang mga problemang ito ay kinukunsiderang MAKAHULUGAN kung meron kayo sa mga ito <u>dalawang linggo o higit pa, kapag ang mga ito'y pabalik-balik, kapag kayo'y napipigilan ng mga ito na tugunan ang inyong mga responsibilidad o kapag nagagawa ng mga ito na paramdamin kayo na hindi na kayo makapagpatuloy. Pakisagutan ang mga katanungan ng "OO" o "HINDI"</u>				
Mental Health Internalizing Behaviors (IDScr 1) o Panloob/Di-nakikitang Kaugalian ng Kalusugan ng Isip: Sa nakalipas na 12 buwan, kayo ba'y nagkaroon ng makahulugang mga problema sa . . .				
a.	pakiramdam na masyadong nabitag, nag-iisa, malungkot, mapanglaw, walang gana at sigla o walang pag-asa sa kinabukasan?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
b.	kaguluhan sa pagtulog gaya ng masasamang panaginip, biling-baliktad sa pagtulog, o nakatulog sa umaga?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
c.	pakiramdam na masyadong balisa, kinabahan, tensyonado, natakot, nasindak o gaya ng may masamang mangyayari?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
d.	noong may nakapagpaalala sa inyo sa nakaraan, kayo ba'y masyadong nawalan ng gana at sigla at naaburido?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
e.	pag-isip na tapusin ang inyong buhay o magpakamatay?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
Kung may DALAWA o higit pang kasagutang "OO", sumangguni sa Kalusugan ng Isip (Mental Health), maliban kung positibo sa (e) pagpapakamatay, sumangguni sa CRISIS LINE o DMHP (Designated Mental Health Professional).				
Mental Health Externalizing Behaviors (EDScr 2) o Panlabas/Nakikitang Kaugalian ng Kalusugan sa Isip: Sa nakalipas na 12 buwan, kayo ba'y gumawa sa sumusunod na mga bagay dalawang beses o higit pa?				
a.	Nagsinungaling o nandaya para makuha ang mga bagay na gusto n'yo o para makaiwas na gumawa ng anumang bagay?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
b.	Nahirapang magbigay ng atensyon sa paaralan, trabaho o tahanan?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
c.	Nahirapang makinig sa mga panuto sa paaralan, trabaho o tahanan?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
d.	Naging mapang-api o nanakot sa ibang tao?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
e.	Nagsimula ng away sa ibang tao?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
Kung DALAWA o higit pang kasagutan ay "OO", sumangguni sa Kalusugan ng Isip				
Substance Abuse Screen (SDScr 3) o Tanong Ukol sa Abuso sa Substansya: Sa nakalipas na 12 buwan, ...				
a.	kayo ba'y gumamit ng alkohol o droga linggu-linggo?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
b.	kayo ba'y naglaan ng maraming panahon alinman sa pagkuha ng alkohol o droga, paggamit ng alkohol o droga, o pagdamdam sa epekto ng alkohol o droga (bangag, nagkasakit)?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
c.	kayo ba'y patuloy na gumagamit ng alkohol o droga kahit ito'y naging sanhi ng problemang panlipunan, na naging dahilan ng away, o naglagay sa inyo sa kaguluhan kasama ang ibang tao?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
d.	ang paggamit n'yo ba ng alkohol o droga ay naging sanhi na kayo'y tumigil, nagbawas o nagkaroon ng mga problema sa mahahalagang gawain sa trabaho, paaralan, tahanan o panlipunang pangayayari?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
e.	kayo ba'y nagkaroon ng problema sa pagtigil sa alkohol o droga gaya ng panginiging ng mga kamay, pagduduwal, nahirapang manatiling nakaupo o nahirapang makatulog, o gumamit ng anumang alkohol o droga para mahinto ang pagkasakit o para mawala ang mga problema sa pagtigil?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
Kung may DALAWA o higit na kasagutang "OO sa Abuso sa Substansya o Magkasabay na Sakit sa lisang Panahon (Abuso sa Substansya AT Kalusugan ng Isip), sumangguni sa CDP o Substance Abuse Treatment Provider				
Aking naiintindihan na ang kopya ng form na ito ay maaaring magiging bahagi ng rekomendasyon para sa mga serbisyo.				
PIRMA			PETA	