



*Magandang araw! Mangyari lamang na maglaan ng oras upang isulat ang lahat ng impormasyong kinakailangan. Para po sa mga katanungan, magtanong sa inyong therapist o sa staff. Maraming salamat!*

CHILD INFORMATION		
Pangalan ng bata:		
Kasarian:	Kaarawan:	Edad:
Address:		Barangay:
		Litrato ng Bata (2x2)
		Contact No:
PARENT INFORMATION		
Pangalan ng nanay:		Contact No:
Edad:	Kaarawan:	FB Account:
Lugar ng kapanganakan:		Email Address:
Educational Attainment:		PWD ID:
Trabaho:		QC ID:
Lugar ng trabaho:		Philhealth no:
Pangalan ng tatay:		Contact No:
Edad:	Kaarawan:	FB Account:
Lugar ng kapanganakan:		Email Address:
Educational Attainment:		PWD ID:
Trabaho:		QC ID:
Lugar ng trabaho:		Philhealth no:
ABOUT DISABILITY		
1. QC ID/PWD ID no:		Diagnosis: (N/A kung hindi applicable)
<i>Lagyan ng (✓) ang inyong sagot</i>		
4. Regular Check up: ( ) Oo ( ) Hindi		
Maaari bang ilarawan kung saan nahihirapan ang taong may kapansanan. Lagyan ng Tsek (✓) Kung ano ang napapansin sa taong may kapansanan:		
( ) Paggalaw ( ) Pandama ( ) Pag-uugali/Asal ( ) Pag iisip ( ) Pagsasalita o pakikipag usap		
EDUCATION OF CHILD		
1. Antas ng edukasyon:		2. Paaralan kung saan grumadweyt:
WHERE SERVICES ARE RECEIVED		
1. Nakatanggap ka ba ng serbisyo upang matulungan ang batang may kapansanan? ( ) Oo ( ) Hindi		
2. Kung Oo, Saan? Pakilagyan ng Tsek (✓) ang inyong sagot.		
( ) Paaralan/ Iskul ( ) Ospital ( ) Clinic/Center ( ) Barangay ( ) Bahay at iba pa (Saan ito): _____		

3. Kung Hindi, Anong Dahilan?						
( ) Kawalan ng pera/salapi/budget ( ) Kawalan ng trabaho Malayo ( ) Walang Oras at iba pa: _____						
4. Saan o kanino niyo nalaman ang tungkol sa KABAHAGI?						
( ) FB Page ( ) School ( ) Barangay ( ) KPAO Officer ( ) Kapwa Magulang at iba pa: _____						
<b>EMERGENCY CONTACT</b>						
1. Pangalan:						
2. Telephone #:				3. Relasyon:		
<b>PHYSICIAN INFORMATION</b>						
1. Pangalan ng Doktor na nag-refer:						
2. Address:				3. Work #:		
<b>KASALUKUYANG SULIRANIN / PROBLEMA</b>						
<b>BACKGROUND</b>						
1.	Ano ang dahilan bakit magpapasuri?					
2.	Nagkaroon ba ng ilang pagbabago sa bata mula nang unang mapansin ang problema?			( ) Oo	( ) Hindi	
3.	Nakapag- speech/physical/occupational therapy na ba ng inyong anak?			( ) Oo	( ) Hindi	
	Kung oo, kailan ito at saan?					
4.	Mayroon bang ibang espesyalistang tumitingin sa inyong anak sa kasalukuyan?			( ) Oo	( ) Hindi	
	Kung oo, espesyalista ito ng ano?					
5.	Nabigyan na ba ng <i>diagnosis</i> ang inyong anak?			( ) Oo	( ) Hindi	
6.	Pakilarawan ang inyong anak:		( ) Agresibo	( ) Matulungin	( ) Hindi matulungan	( ) Masiyahin
	( ) Mahiyain	( ) Palakaibigan	( ) Maingat (Attentive)	( ) Natutuwang makipaglaro sa iba	( ) Hindi nakikipaglaro sa iba	
	Iba pa:					
7.	Mayroon bang problema sa ugali?		( ) Meron	( ) Wala		
	Kung oo, bakit?:					
8.	Paano ipinapaalam ng bata ang kanyang mga gusto/kailangan?			( ) Gestures	( ) Gesture/Vocalization	
	( ) Gestures/Jargon	( ) Gesture/True Words	( ) Single Words	( ) Phrases	( ) Sentences	
	( ) Iba pa:					
9.	Ano ang mga lengwaheng ginagamit ng bata?		( ) English	( ) Filipino	( ) Iba:	
<b>DEVELOPMENTAL HISTORY</b> <span style="float: right;"><i>Lagyan ng (✓) ang inyong sagot</i></span>						
1.	Lagyan ng <input type="checkbox"/> kung nahihirapan ang inyong anak sa mga sumusunod:					
	( ) Pagsusulat	( ) Pagkukulay	( ) Pakikipag-usap	( ) Pagtakbo	( ) Pagbibihis	
	( ) Paglalakad	( ) School Performance	( ) Pagsunod sa utos	( ) Pakikipaglaro sa iba		
2.	Lagyan ng <input type="checkbox"/> kung may problema ang inyong anak sa pagkain:			( ) Pagnguya	( ) Pagsipsip	
	( ) Natatapon ang iniinom	( ) Sensitibo sa pakiramdam ng pagkain	( ) Paglunok	( ) Pag-inom mula sa baso		

	<input type="checkbox"/> Paglalaway	<input type="checkbox"/> Natatapon ang pagkain mula sa kutsara	<input type="checkbox"/> Oral Sensitivity	<input type="checkbox"/> Wala				
3.	Madalas bang madapa o matapilok ang inyong anak?		<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi				
4.	Kailan (edad ng bata) nagawa ng inyong anak ang mga sumusunod?:							
	Paggulong:	Pag-upo:	Paggapang:	Pagtayo:				
	Paglalakad:	Subuan ang sarili:	Bihisan ang sarii:	Gumamit ng banyo:				
	Gumamit ng maraming salita:		Gumamit ng paisa-isang salita:					
	Magsabi ng simpleng tanong:		Makipag-usap:					
5.	Ilarawan ang reaksyon ng iyong anak sa tunog:	<input type="checkbox"/> May reaksyon sa lahat ng tunog	<input type="checkbox"/> May reaksyon sa malalakas na tunog lamang					
	<input type="checkbox"/> Pabago-bago ang reaksyon sa tunog		<input type="checkbox"/> Iba:					
<b>FAMILY &amp; PATIENT GOALS</b> <i>Sagutan ang mga sumusunod na katanungan</i>								
1.	Ano ang inyong nais marating (goal) para sa therapy ng inyong anak?							
<b>MEDICAL BACKGROUND</b>								
Regular ba ang Check up sa Doktor? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi								
Ilista ang mga gamot na kasalukuyang iniinom ng inyong anak								
1.								
2.								
Ilista ang mga allergies ng bata								
1.								
2.								
<b>FAMILY COMPOSITION</b>								
							Nabakunahan ng Covid-19 sa inyong pamilya:	
	Miyembro	Birthdate	Edad	Sex	Relasyon Sa bata	Civil Status	<i>Lagyan ng (✓) ang inyong sagot</i>	
							<b>Nabakunahan</b>	<b>Hindi pa nabakunahan</b>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
	Educational Attainment	Occupation	Daily/Monthly/Income	Other Source of income	PWD ID no.	Illness/Disability	Philhealth no.	
1								
2								
3								

4							
5							
6							
7							

CHILD DEVELOPMENT		Lagyan ng (✓) ang inyong sagot			
1.	Mayroon bang problema ang inyong anak sa pakikitungo sa: <input type="checkbox"/> Mga magulang	<input type="checkbox"/> mga ka-edad na bata	<input type="checkbox"/> mga kapatid		
	<input type="checkbox"/> Mga guro	<input type="checkbox"/> Ibang nakatatanda			
2.	Ano ang edad ng mga batang kalaro ng inyong anak?	<input type="checkbox"/> Ka-edad ng bata	<input type="checkbox"/> Mas bata	<input type="checkbox"/> Mas nakatatanda	
3.	Ang inyong anak ba ay may:	<input type="checkbox"/> maraming kaibigan	<input type="checkbox"/> kaunting kaibigan	<input type="checkbox"/> walang kaibigan	
4.	Mayroon bang problema ang bata sa paghiwalay sa:	<input type="checkbox"/> nanay	<input type="checkbox"/> tatay	<input type="checkbox"/> wala	
5.	Ang inyong anak ba ay:	<input type="checkbox"/> Leader	<input type="checkbox"/> Tagasunod	<input type="checkbox"/> Loner	
6.	Relihiyon ng bata:				
7.	Ang inyong anak ba ay umulit na ng baitang (grade) sa paaralan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Kung oo, anong baitang?		
8.	Ilang paaralan na ang napasukan ng inyong anak?				
9.	Nahihirapan ba ang inyong anak sa paaralan sa kasalukuyan?		<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi	
	Kung oo, bakit?				
	Maaari bang ilarawan kung saan nahihirapan ang batang may kapansanan: (Lagyan ng check (✓) kung ano ang napapansin sa batang may kapansanan)				
	<input type="checkbox"/> Pag galaw				
	<input type="checkbox"/> Naka Wheel Chair				
	<input type="checkbox"/> Nakahiga				
	<input type="checkbox"/> Nakakalakad				
	<input type="checkbox"/> Pandama (paningin, pandinig, panghawak)				
	<input type="checkbox"/> Pag-iisip				
	<input type="checkbox"/> Pag-uugali / Asal				
	<input type="checkbox"/> Pagsasalita o Pakikipag-usap				

OPINION	
1.	Magbigay ng tatlo (3) serbisyo ng lungsod na naibigay sa inyong pamilya o komunidad:
1.	
2.	
3.	
2.	Magbigay ng suhesyon na nais mong naidagdag sa mga programa ng Lungsod:

MEMBERSHIP Lagyan ng (✓) ang inyong sagot		
<b>Organizations</b>		
<input type="checkbox"/> Kabahagi Parent Advocate`s Organization (KPAO) <input type="checkbox"/> Joy Belmonte Volunteers Movement (JBVM)		
<input type="checkbox"/> Community Based Rehabilitation    Other, please specify;		
Sectoral Membership & Organization		Social Protection
SECTOR	NAME OF ORGANIZATION	POSITION
<input type="checkbox"/> PWD		
<input type="checkbox"/> SENIOR CITIZEN		
<input type="checkbox"/> SOLO PARENT		
		<input type="checkbox"/> SSS
		<input type="checkbox"/> 4P`s
		<input type="checkbox"/> PAG IBIG
		<input type="checkbox"/> GSIS

<b>NUTRITIONAL STATUS</b>	
<b>1. PAGKAIN</b>	
1.	Mapili ba sa pagkain ang bata? ( ) Oo ( ) Hindi
2.	Masustansya ba ang nais kainin ng bata? Oo ( ) Hindi ( )
3.	Anong uri ng pagkain ang kinakain? ( ) Karne ( ) Prutas ( ) Ibang uri ng seafood ( ) Biskwit ( ) Gulay ( ) Isda ( ) Junk Food Iba pa: _____
4.	Ilang beses kumakain sa isang araw?
5.	Umiinom ba ng gatas ang bata? Oo ( ) Hindi ( ) A. Anong uri ng gatas ang iniinom ng bata? _____ B. Gaano kadalas uminom ng gatas ang bata? _____
<b>2. VITAMINS</b>	
1.	Umiinom ba ng vitamins ang bata? ( ) Oo ( ) Hindi
2.	Anong vitamins ang iniinom ng bata?
<b>3. RESOURCES FOR TELEMEDICINE: <i>Lagyan ng (✓) ang inyong sagot</i></b>	
1.	Internet Connection ( ) WIFI ( ) Prepaid Data ( ) Pocket WIFI ( ) Wireless Broadband ( ) Postpaid Data Iba pa, _____
2.	Gadgets & Unit of Device: Cellphone: _____ Laptop: _____ Tablet: _____ Computer: _____
<b>4. ENVIRONMENT AND SOCIO-ECONOMIC STATUS <i>Lagyan ng (✓) ang inyong sagot</i></b>	
1.	Pag-aari ba ang lupang kinatatayuan ng bahay? ( ) Oo ( ) Hindi A. Kung hindi, Ano ang inyong kalagayan ( ) Nangungupahan ( ) Nakikitira ( ) Tagapangalaga ( ) Informal Settler B. Sino ang may-ari ng lupa? ( ) Government ( ) Private
2.	Ano ang yari ng bahay? ( ) Concrete ( ) Light Materials ( ) Semi-Concrete ( ) Shant
3.	Ano ang pinagkakagastusan ng pamilya sa loob ng isang araw/buwan? at magkano? Pagkain _____ Tubig _____ Gamot/Medikal _____ Upa/Renta _____ Kuryente _____ Therapy _____ Edukasyon _____ Internet Connection _____ at iba pa: _____
4.	Anu-anong mga kagamitan meron ang pamilya? ( ) TV ( ) Refrigerator ( ) Radio ( ) Computer ( ) Electric Fan ( ) Washing Machine ( ) Gas Stove ( ) Electric Stove ( ) DVD Player ( ) Tablet ( ) Cellphone ( ) Laptop At Iba pa, _____
5.	Saan nanggagaling/ kumukuha ng tubig na iniinom? ( ) Poso ( ) MWSS/Maynilad ( ) Pamublikong Gripo Iba pa: _____
6.	May sariling palikuran ba ang pamilya? ( ) Oo ( ) Hindi
7.	Kung Oo, Anong uri? ( ) Di-buhos ( ) Di-flush Kung Hindi, Saan nakikigamit ng palikuran? _____
<b>COPING MECHANISM DURING PANDEMIC <i>Lagyan ng (✓) ang inyong sagot</i></b>	
1.	Naiintidihan ba ng bata ang tungkol sa pandemiya? ( ) Oo ( ) Hindi Kung Oo, paano niyo po nasabi?
2.	Ngayong may pandemya, nagagawa parin ba ng bata ang mga aktibidad na nagagawa niya dati? ( ) Oo ( ) Hindi

a. Anong uri ng aktibidad? b. Gaano niya ito kadalas gawin?
3. Paano naibibigay ba sa pangangailangan ng bata ngayong pandemya?
4. May naidagdag ba sa pangangailangan ng bata ngayon pandemya? ( ) Oo ( ) Wala A. Ano-ano ang mga ito? ( ) Medikal/Gamot ( ) Emosyunal ( ) Mental ( ) Materyal na bagay ( ) Pagkain Iba pa; _____
5. Sino ang kasama sa pag-aalaga ng bata ngayon may pandemya? ( ) Kabiyak ( ) Tito/ Tita ng bata ( ) Lolo/Lola ng bata ( ) Kinakasama Iba pa, _____
6. Anu-ano ang mga naidagdag na pagkakagastusan dahil sa pandemya (Batay sa tanong sa Number 3, Environment and Socio-Economic Status)  a. Saan o kanino kumukuha ng pandagdag gastos sa mga natukoy na bagay?
7. Anu-ano ang mga nabawas sa mga dating pinagkakagastusan dahil sa pandemiya? Bakit po ito ang nabawas?
<b>INTEREST / LIVELIHOOD</b> <span style="float: right;"><i>Lagyan ng (✓) ang inyong sagot</i></span>
PARA SA MAGULANG O TAGAPAG-ALAGA
1. Gusto mo bang mag-avail ng Livelihood Training? ( ) Oo ( ) Hindi 2. Kung bibigyan ng pagkakataon sa libreng pagsasanay, ano ang iyong gustong matutunan  ( ) Dressmaking ( ) Hilot Wellness and Massage ( ) Home Care Provider ( ) Food and Beverage Service ( ) Bread and Pastry Production ( ) Housekeeping ( ) Sari-Sari Store Iba pa: _____

Iguhit ang lokasyon ng inyong tahanan mula sa Brgy. Hall o Kabahagi Center:

Pinapatunayan ko na tama at totoo ang mga impormasyong aking ibinigay sa abot ng aking kaalaman.

Pirma ng magulang: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

<b>SASAGUTAN NG SOCIAL WORKER</b>	
Date of Interview: _____	
_____	_____
<b>Pangalan at Lagda ng tagapanayam</b>	<b>Pangalan at Lagda ng kinapanayam</b>
Time Start: _____	Time Finish: _____