

5 Year Well Child Exam

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene usted alguna duda o pregunta sobre la salud de su hijo que desee resolver el día de hoy?

¿Cuál es el estado de salud de su hijo? **Bueno** **Regular** **Malo**

¿Su hijo ha visitado la sala de emergencias en los últimos 12 meses? **Sí** **No**

De ser así, indique la razón: _____

¿Su hijo ha recibido tratamiento en el hospital en los últimos 12 meses? **Sí** **No**

De ser así, indique la razón: _____

¿Su hijo alguna vez ha tenido reacciones a alguna vacuna o inmunización? **Sí** **No**

¿Su hijo ha visitado a un dentista en los últimos 6 meses? **Sí** **No**

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo? ____ ¿Cuántas veces al día utiliza su hijo hilo dental? ____

CASA y FAMILIA

¿Con quién vive su hijo? _____ ¿Cuántos hermanos(as) tiene? _____

¿En qué tipo de vivienda reside? _____ ¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda? _____

¿Su hijo comparte el dormitorio? **Sí** **No** ¿Alguna persona en la casa fuma? **Sí** **No**

¿El padre de su hijo participa en su cuidado? **Sí** **No**

¿Cómo es la relación de su hijo con sus hermanos(as)? **Buena** **Regular** **Mala** **N/A; es hijo único**

¿Qué tipo de disciplina se utiliza en la casa? **Verbal** **Penitencias** **Nalgadas** **Otro: _____**

¿Hay algún antecedente de abuso? **Sí** **No** ¿Hay algún antecedente de abandono? **Sí** **No**

¿Hay algún antecedente de descuido o negligencia? **Sí** **No**

¿Alguna persona en la casa consume drogas? **Sí** **No**

¿Hay algún antecedente de violencia doméstica? **Sí** **No**

¿Ha recibido visitas de la agencia de Servicios de Protección Infantil (CPS) en su casa? **Sí** **No**

De ser así, ¿el caso con CPS continúa abierto? **Sí** **No**

¿Su hijo ha estado alguna vez bajo cuidado tutelar? **Sí** **No** De ser así, ¿en cuántas ocasiones? _____

¿Se siente usted estresado? **Sí** **No**

5 Year Well Child Exam

¿Tiene mascotas en la casa? **Sí** **No** De ser así, ¿de qué tipo? _____

SALUD EN GENERAL

¿Consumes alimentos de los cuatro grupos, incluidas frutas y verduras? **Sí** **No**

¿Qué tipo de leche consumes? **Leche materna Entera Al 2% Al 1% Sin grasa** **Deslactosada** **De soya**

¿Qué más bebe y cuántos vasos al día? ___ **Vasos de jugo** ___ **Vasos de agua** ___ **Vasos de refresco o**

té descafeinado ___ **Vasos de refresco o té cafeinado**

¿Su hijo tiene problemas para ir al baño? (para mover el intestino o para orinar) **Sí** **No**

¿Ya sabe ir al baño? **Sí** **Está aprendiendo** **No**

¿Su hijo tiene problemas para dormir? **Sí** **No** De ser así, ¿de qué tipo? _____

Marque las actividades en las que participa su hijo: Juegos al aire libre Le gusta leer Ir al parque

¿Cuántas horas al día ve TV su hijo? _____

¿Juega en la computadora en la casa? **Sí** **No** ¿O videojuegos en la casa? **Sí** **No**

¿Su hijo tiene amigos? **Sí** **No** De ser así, ¿tiene **muchos amigos** o **solo algunos**?

¿Su hijo asiste a la escuela? **Sí** **No**

Si asiste a la escuela, ¿tiene su maestro alguna preocupación? **Sí** **No**

Tipo de escuela: **Guardería durante el día** **Prekinder** **Head Start** **Programa de intervención en la primera infancia**

¿Cómo es el desempeño de su hijo en la escuela? **Bueno** **Regular** **Malo**

¿Qué tipo de cuidado recibe su hijo? (Encierre en un círculo todas las respuestas que correspondan):

En casa con su padre, madre o tutor **Se queda con/en:** **un familiar** **una niñera** **la guardería**
una estancia con el programa de intervención en la primera infancia

¿Tienen usted alguna inquietud con respecto a...?

¿El desarrollo de su hijo? **Sí** **No**

¿La conducta de su hijo? **Sí** **No**

¿La audición de su hijo? **Sí** **No**

¿La visión de su hijo? **Sí** **No**

5 Year Well Child Exam

Check off each task that your child is able to do:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Equilibrarse durante 4 a 5 segundos | <input type="checkbox"/> con 6 partes | <input type="checkbox"/> Saber de qué están hechas las cosas |
| <input type="checkbox"/> Caminar en los talones o las puntas | <input type="checkbox"/> Cepillarse los dientes sin ayuda | <input type="checkbox"/> Conocer 2 o 3 antónimos |
| <input type="checkbox"/> Brincar | <input type="checkbox"/> Vestirse sin ayuda | <input type="checkbox"/> Prepararse cereales |
| <input type="checkbox"/> Atrapar una pelota que rebota | <input type="checkbox"/> Expresar oraciones con fluidez | <input type="checkbox"/> Seguir reglas |
| <input type="checkbox"/> Copiar un círculo | <input type="checkbox"/> Contar 5 bloques | <input type="checkbox"/> Ir al baño solo |
| <input type="checkbox"/> Copiar un cuadrado | <input type="checkbox"/> Nombrar 4 colores | <input type="checkbox"/> Jugar en grupo |
| <input type="checkbox"/> Dibujar una persona | <input type="checkbox"/> Conocer 3 adjetivos | <input type="checkbox"/> Separarse con facilidad de los padres |
| | <input type="checkbox"/> Conocer 4 verbos | |

SEGURIDAD GENERAL

¿Su hijo siempre utiliza...? **asiento para auto** **asiento elevado**

¿Tiene los siguientes objetos en su hogar?

Detector de humo	Sí	No
Detector de monóxido de carbono	Sí	No
Extintor	Sí	No

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Su hijo tiene antecedentes familiares de...?

Enfermedades cardiacas	Sí	No
Colesterol alto	Sí	No
Sobrepeso u obesidad	Sí	No

5 Year Well Child Exam

Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis:

1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? **SI NO No sé**
Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? **SI NO No sé**
Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre
- a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas? **SI NO No sé**
- b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis? **SI NO No sé**
- c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora? **SI NO No sé**
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? **SI NO No sé**
¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)? _____
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? **SI NO No sé**
¿Qué país o países visitó su niño(a)? _____
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:
- Usa jeringuillas para usar droga? Tiene VIH? **SI NO No sé**
- Ha estado en la cárcel? **SI NO No sé**
- Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país? **SI NO No sé**