

6-10 Year Well Child Exam Form

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**

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

6-10 Year Well Child Exam Form

SALUD EN GENERAL

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

¿Qué tipo de leche consume? **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**

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

Marque las actividades deportivas en las que participa su hijo:

fútbol americano béisbol básquetbol hockey fútbol soccer natación

Marque otras actividades en las que participa su hijo: toca un instrumento toca en una banda clubes programas extraescolares Club de niños y niñas Boy Scouts

¿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**

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

¿Cuáles son las metas en el futuro para su hijo(a)? **Trabajar** **Universidad** **Militar**

¿Tiene alguna preocupación acerca del comportamiento de su hijo(a)?

AUDICIÓN

¿Le preocupa cómo escucha su hijo? **Sí** **No**

¿Le preocupa cómo habla su hijo? **Sí** **No**

¿Tiene problemas para seguir una conversación cuando 2 o más personas hablan al mismo tiempo? **Sí** **No**

¿Tiene problemas para escuchar cuando hay mucho ruido? **Sí** **No**

VISTA

¿Le preocupa cómo ve su hijo? **Sí** **No**

¿Alguna vez su hijo no ha pasado un examen de la vista en la escuela? **Sí** **No**

¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos para enfocar? **Sí** **No**

6-10 Year Well Child Exam Form

SEGURIDAD GENERAL

¿Su hijo utiliza siempre un asiento para auto? **Sí** **No**

¿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 cardíacas **Sí** **No**

Colesterol alto **Sí** **No**

Sobrepeso u obesidad **Sí** **No**

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, África, 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**