



# 4 años

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy.

Gracias!

# Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

3-4 años (3-4 Years)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor			¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe la respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?  
 Sí  No

**Clinic Use Only:**

					Nutrition
1	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Nutrition
2	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
3	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high-fat foods more than once per week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
4	¿Su hijo bebe más de una pequeña taza (4 - 6 oz) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
6	¿Su hijo juega activamente la mayoría de los días de la semana? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Physical Activity
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Safety
10	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
11	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
12	En su hogar, ¿los artículos de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
13	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
14	Cuando su hijo está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with child in the bathtub?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
15	¿Su hijo siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil? <i>Always places child in a car seat?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
16	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su hijo? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
17	¿Se fija usted siempre que no haya niños al retroceder en el automóvil al salir de su cochera? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	

18	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
22	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Drug, Alcohol & Tobacco Exposure
23	¿Hay algún miembro en la familia del niño que tenga o haya tenido problema de drogas o de alcohol? <i>Family members with drug or alcohol problems?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	¿Tiene su niño miembro en la familia que sufra de depresión, ansiedad, TEPT u otra enfermedad mental? <i>Family members with depression, anxiety, PTSD?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Home Environment
25	(para mama de familia) ¿Ha sido usted golpeada, lastimada o amenazada por su pareja u otra persona en su hogar? <i>(For parents) Does a partner, or anyone at home, hurt, hit or threaten you?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Se le ha separado a su niño de alguno de sus padres por más de un mes, debido a alguna enfermedad de los padres, separación de los padres, a un encarcelamiento u otra razón? <i>Child has been away from either parent due to parental illness, separation, foster care, parental incarceration or other reasons?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
27	¿Le ha sucedido algo verdaderamente atemorizante o angustiante a su niño o a otra persona en la familia del niño? <i>Has anything really scary or upsetting happened to child or anyone in family?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
28	¿Durante el último año, ¿le ha preocupado que se le terminen los alimentos antes de poder conseguir más? <i>Worried that food would run out before you were able to get more?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions
29	Durante el último año, ¿le ha preocupado tener que mudarse de su hogar por no poder pagar la renta, o por otras razones? <i>Worried that you would need to move out of a place you were staying due to inability to afford the rent, or for other reasons?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
30	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su hijo? <i>Any other questions or concerns about child's health, development, or behavior?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

Si la respuesta es afirmativa, describa:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Drug, Alcohol & Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Home Environment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:

Patient Declined the SHA



## Evaluación de Necesidades Familiares<sup>1,2</sup>

Nuestro objetivo en Gardner Packard Children's Health Center es brindar la mejor atención posible para su hijo y su familia. Nos gustaría asegurarnos de que conoce los recursos disponibles para las necesidades de su familia. Por favor, conteste a las preguntas y dar al médico de su hijo al comienzo de la visita. ¡Gracias!

1. ¿En cuál de estas áreas le gustaría recibir ayuda o recursos adicionales hoy? (Marque todo lo que corresponda)

- Comida
- Alojamiento
- Condiciones de vivienda (ejemplo: moho en casa)
- Utilidades
- Transporte
- Apoyo Educativo
- Cuidado de niños o preescolar
  
- Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál de las preocupaciones anteriores es la más importante de hoy?



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

## FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

### Riesgo por exposición

1. ¿Algún familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto tuvo tuberculosis?  Sí  No
2. ¿Ha tenido su hijo/a, un familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto un resultado positivo en un análisis de tuberculosis o ha recibido medicamentos para tratar la tuberculosis?  Sí  No
3. ¿ Nació su hijo/a en otro país\*?  Sí  No
4. ¿Ha viajado su hijo/a fuera de los Estados Unidos (por más de un mes)\*?  Sí  No

\*Excluyendo Canadá, Australia, Nueva Zelanda o los países del norte y el oeste de Europa

Confirmo que la información arriba detallada es verdadera según mi leal entender y saber.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_