



7-8 años

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy.

Gracias!

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

5-8 años (5-8 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 fórmula, leche materna, 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	
					Physical Activity
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días de la semana? <i>Child exercises or plays sports 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	
					Safety
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	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	
12	¿Coloca usted siempre a su hijo en un asiento para niños en el en el asiento de atrás (o usa un cinturón de seguridad) si su hijo mide más de 4'9"? <i>Always places child in booster seat in back seat (or seat belt) if child is over 4'9"?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
13	¿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 Yes	Omitir Skip	
14	¿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 Yes	Omitir Skip	
15	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que lleve un arma de fuego, un cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
16	¿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 Yes	No	Omitir Skip	
17	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? <i>Has child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
18	¿A su hijo le ha pegado alguien o le ha pegado él a alguien durante el año pasado? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
19	¿Su hijo ha sido acosado alguna vez o se sintió inseguro en la escuela o	No	Sí	Omitir	

	en su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>		Yes	Skip	
20	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Dental Health
21	¿Su hijo parece a menudo triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Mental Health
22	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	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 Yes	Omitir Skip	
24	¿Tiene su niño miembro en la familia que sufra de depresión, ansiedad, TEPT o otra enfermedad mental? <i>Family members with depression, anxiety, PTSD?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Home Environment
25	(para mamá de familia) ¿Ha sido usted golpeada, lastimada o amenazada por su pareja o otra persona en su hogar? <i>(For parents) Does a partner, or anyone at home, hurt, hit or threaten you?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
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 Yes	Omitir Skip	
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 Yes	Omitir Skip	
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 Yes	Omitir Skip	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 Yes	Omitir Skip	
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 Yes	Omitir Skip	

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"/> Mental 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"/> Patient Declined the SHA
<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:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	

Evaluación de Necesidades Familiares^{1,2}

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 _____