



# 7 meses

Favor de completar el cuestionario antes de su cita hoy.

Gracias!

# Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

7-12 meses (7-12 Months)

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:**

1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Nutrition
2	¿Su bebé bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Baby drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
3	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Physical Activity
4	¿Su bebé ve televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
5	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	Safety
6	¿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	
7	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	
8	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	
9	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	
10	¿Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
11	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
12	¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always places baby in a rear-facing car seat in the back seat?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
13	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
14	¿Su bebé pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	

15	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche materna o agua? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	<i>Dental Health</i>
17	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	<i>Drug, Alcohol &amp; Tobacco Exposure</i>
18	¿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>	
19	¿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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	<i>Home Environment</i>
20	(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 <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿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>	
22	¿Le ha sucedido algo verdaderamente aterrador 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>	
23	¿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>	
24	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>	<i>Other Questions</i>
25	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

*Si la respuesta es afirmativa, describa:*

<b>Clinic Use Only</b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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:	



### **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?