

Revisión de niño sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 4 años

Historial de intervalos:

¿Su hijo(a) ha padecido alguna enfermedad importante, ha acudido a la sala de emergencias o unidad de urgencias desde su última cita en el consultorio? No Sí

¿Su hijo(a) ha tenido alguna reacción a las vacunas en el pasado? No Sí

Desarrollo:

¿Puede su hijo(a) lanzar una pelota? ¿Brincar sobre un pie? Sí No

¿Puede su hijo(a) caminar de puntillas? Sí No

¿Su hijo(a) habla con enunciados complejos? Sí No

¿Su hijo(a) cuenta historias y canta canciones? Sí No

¿Su hijo(a) participa en juegos imaginarios o usa su imaginación de otra manera? Sí No

¿El habla de su hijo(a) es clara (poca o ninguna dificultad para entender lo que está diciendo)? Sí No

¿Su hijo(a) sabe algunos colores y letras? Sí No

¿Puede su hijo(a) contar hasta 10? Sí No

¿Su hijo sabe su nombre completo? Sí No

¿Puede su hijo(a) cortar (con tijeras de niño) y pegar? Sí No

¿Su hijo(a) alterna sus pies cuando sube y baja las escaleras caminando? Sí No

¿Su hijo(a) disfruta jugando con varios niños o tiene amigos? Sí No

¿Usted y su hijo(a) leen juntos todos los días? Sí No

¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha o habla su hijo(a)? No Sí

¿Tiene alguna inquietud sobre la vista de su hijo(a)? No Sí

Salud dental:

¿Ayuda a su hijo(a) a cepillarse sus dientes y usar hilo dental todos los días? Sí No

¿La fuente principal de agua de su hijo(a) contiene fluoruro? Sí No No está seguro(a)

Si no es así, ¿su hijo(a) toma un suplemento de fluoruro? Sí No N/A

¿Tiene su hijo(a) un dentista? Sí No

Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:

¿Su hijo(a) ve televisión, juega videojuegos o usa un teléfono inteligente o tableta por más de 2 horas al día? No Sí



Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

¿Su hogar tiene un detector de humo en funcionamiento?	Sí	No	
¿Ha disminuido la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)?	Sí	No	
¿Si su hogar tiene más de un piso, ¿tiene guardas de seguridad instaladas en las ventanas?	Sí	No	N/A
¿Su hogar tiene los materiales de limpieza/medicinas/cerillas en un lugar cerrado bajo llave?	Sí	No	
¿Su hogar tiene el número del Centro de Toxicología (800-222-1222) cerca del teléfono?	Sí	No	
¿Siempre se queda con su hijo(a) cuando él/ella está en la tina de baño?	Sí	No	
¿Pasan usted y su niño tiempo cerca de una piscina, río o lago?	No	Sí	
De ser sí, ¿está siempre supervisado?	Sí	No	N/C
¿Sabe nadar o está aprendiendo a nadar?	Sí	No	N/C
¿Usa filtro solar cuando su hijo(a) está al aire libre?	Sí	No	
¿Siempre coloca a su hijo(a) en una silla de seguridad orientada hacia adelante situada en el asiento trasero del automóvil?	Sí	No	
¿La silla de seguridad es la correcta para la edad y el tamaño de su hijo(a)?	Sí	No	
¿Siempre comprueba que no haya niños alrededor antes de dar marcha atrás a su automóvil?	Sí	No	
¿Su hijo(a) pasa tiempo en una casa donde se guarda un arma?	No	Sí	Omitir
De ser sí, ¿están todas las pistolas guardadas en armario bajo llave o candado y separadas todas las pistolas de las municiones?	Sí	No	
¿Su hijo(a) usa un casco cuando anda en bicicleta, patinete o monopatín?	Sí	No	N/C
¿Alguna vez su hijo(a) ha sido testigo o víctima de abuso o violencia?	No	Sí	
¿Su hijo(a) pasa tiempo con una persona que fuma?	No	Sí	

Evaluación de riesgo de exposición al plomo:

¿Su hijo(a) vive o visita con regularidad una casa o guardería construida antes de 1950?	No	Sí	
¿Su hijo(a) vive o visita con regularidad una casa o guardería construida antes de 1978 que está siendo renovada o se ha renovado o restaurado recientemente (en los últimos 6 meses)?	No	Sí	
¿Su hijo(a) tiene hermanos o compañeros de juego que padecen o han padecido envenenamiento por plomo?	No	Sí	

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

¿Su hijo(a) toma algún remedio o suplemento importados? No Sí

Detección de tuberculosis:

¿Un miembro de la familia o un conocido ha padecido de tuberculosis o tenido un resultado positivo a una prueba en la piel para detectar tuberculosis (PPD)? No Sí No está seguro(a)

 ¿Su hijo(a) nació en un país de alto riesgo (cualquier país *excepto* EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)? No Sí

 ¿Su hijo(a) ha salido de viaje (o ha tenido contacto con personas que viven en un país de alto riesgo) por más de una semana (cualquier país *excepto* EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)? No Sí

Evaluación de riesgo para perfil de lípidos anormal (tal como colesterol alto):

¿Alguno de los padres o abuelos de su hijo(a) padece una cardiopatía significativa a los 55 años de edad o antes (ataque cardíaco, derrame cerebral, angioplastia, angina de pecho o cirugía de bypass)? No Sí

¿Uno de los padres del niño(a) tiene un nivel de colesterol de 240 o más? No Sí

Sueño:

¿Cuántas horas duerme su hijo(a) en la noche? _____ horas

Nutrición/actividad física:

 ¿Qué tipo de leche le ofrece a su hijo(a)? (encierre en un círculo una opción)
 [Entera] [2%] [Sin grasa] [Otra]

¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo(a) al día? _____ oz

¿Cuánto jugo toma su hijo(a) en 24 horas? _____ oz

¿Su hijo(a) come frutas y verduras al menos dos veces al día? Sí No

¿Su hijo(a) toma o come 3 porciones diarias de alimentos ricos en calcio tales como leche, leche de soya, queso, yogur o tofu? Sí No

¿Su hijo(a) come alimentos con alto contenido de grasa tales como alimentos fritos, papas fritas, helado o pizza más de una vez por semana? No Sí

¿Su hijo(a) bebe refrescos, bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas endulzadas más de una vez a la semana? No Sí

¿Su hijo(a) ingiere alimentos ricos en hierro (tales como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles)? Sí No

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

¿Algunas veces tiene dificultades para proveer a la familia? No Sí

¿Su hijo(a) juega de manera activa la mayoría de los días de la semana? Sí No

¿Tiene alguna inquietud sobre el peso o la alimentación de su hijo(a)? No Sí

Evacuaciones:

¿Su hijo(a) evacúa de manera regular con una consistencia normal (blanda)? Sí No

Por favor, enumere todos los medicamentos o suplementos que su hijo(a) está tomando: _____

¿Quién vive en casa con su hijo(a)? _____

¿Quién proporciona cuidados a su hijo(a) durante el día? _____

Por favor, enumere cualquier nuevo problema médico familiar importante: _____

Por favor, enumere cualquier alergia a medicinas conocida: _____

Por favor, enumere cualquier alergia a alimentos conocida: _____

¿Tiene alguna inquietud acerca del desarrollo de su hijo(a) o cualquier otra inquietud que le gustaría comentar con su proveedor?

Firma: _____ Fecha: _____

<i>Clinic Use Only</i>	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"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<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"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature	Print Name:			Date:	

Ver: 5/1/15