

Revisión de niño sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 5 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

Escuela:

- ¿Qué grado cursa su hijo(a) en la escuela? _____
- ¿En qué actividades participa su hijo/a (música, arte, deportes, etc.)?

Desarrollo:

- ¿Puede su hijo(a) atrapar una pelota? ¿Brincar sobre un pie? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) brincar una distancia corta? Sí No
- ¿Su hijo(a) cuenta historias? Sí No
- ¿El habla de su hijo(a) es clara (poca o ninguna dificultad para entender lo que está diciendo)? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) escribir su nombre? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) cortar (con tijeras de niño) y pegar? Sí No
- ¿Su hijo(a) disfruta jugando con varios niños o tiene amigos? Sí No
- ¿Está su hijo(a) haciendo trabajos a nivel de su grado en la escuela o preescolar? Sí No
- ¿Su hijo(a) utiliza el inodoro durante el día y la noche? 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:

- ¿Su hijo(a) cepilla sus dientes y usa hilo dental todos los días? Sí No
- ¿Tiene un dentista para su hijo? Sí No



Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

¿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/C

Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:

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

¿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

¿Su hogar tiene el número del Centro de Toxicología (800-222-1222) cerca del teléfono? Sí No

¿Siempre coloca a su hijo(a) en un asiento elevado en el asiento trasero de su automóvil (o usa un cinturón de seguridad si su hijo mide más de 4' 9")? Sí No

¿Pasa usted 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

¿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 N/C

¿Su hijo(a) pasa tiempo con alguien que porta una pistola, navaja u otra arma? No Sí Omitir

De ser sí, ¿está el arma guardada de forma segura e inaccesible a su niño?
 No Si Omitir

¿Su hijo(a) usa un casco cuando anda en bicicleta, patinete o monopatín? Sí No N/A

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido testigo o víctima de abuso o violencia? No Sí

¿Su hijo(a) ha recibido golpes o ha golpeado a alguien durante el último año? No Sí

¿Alguna vez su hijo(a) ha sufrido *bullying* (burlas o intimidación) o se ha sentido inseguro(a) en la escuela o en su vecindario? No Sí

¿Su hijo(a) a menudo se ve triste o deprimido(a)? No Sí

¿Su hijo(a) pasa tiempo con una persona que fuma? No Sí

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

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
- ¿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

Sueño:

- ¿Cuántas horas duerme su hijo(a) en la noche? _____ horas
- ¿Está satisfecha(o) con el sueño de su hijo? Sí No

Nutrición/actividad física:

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

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

- ¿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
- ¿Algunas veces tiene dificultades para proveer a la familia? No Sí
- ¿Su hijo(a) hace ejercicio o practica deportes en la mayoría de los días de la semana? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre el peso o dieta 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: _____

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

<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: 5/7/15