

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

xRevisión de niño sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 7 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/actividades:

¿Qué grado cursa su hijo(a) en la escuela? _____

¿En qué actividades participa su hijo(a) (música/arte/deportes/otra)? _____

Vista/oído y desarrollo:

¿Tiene alguna inquietud sobre la vista de su hijo(a)?

No Sí

¿Alguna vez su hijo(a) no ha superado una prueba de la vista en la escuela?

No Sí

¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha o habla su hijo(a)?

No Sí

¿Su hijo(a) tiene una buena coordinación mano-ojo?

Sí No

¿Tiene alguna inquietud sobre la interacción de su hijo(a) con sus compañeros de la escuela?

No Sí

¿Su hijo(a) juega en conjunto con otros niños?

Sí No

¿Está su hijo(a) haciendo trabajos a nivel de su grado en la escuela?

Sí No

¿Su hijo(a) lee por placer?

Sí No

¿Su hijo(a) ayuda en los quehaceres de la casa?

Sí No

Salud dental:

¿Tiene su hijo(a) un dentista?

Sí No

¿La fuente principal de agua de su hijo(a) contiene fluoruro?

Sí No

Si no es así, ¿da a su hijo(a) un suplemento de fluoruro?

Sí No N/C

¿Su hijo(a) cepilla sus dientes y usa hilo dental todos los días?

Sí No



Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

Mantenerse sano/seguridad/ exposición al tabaco:

¿Su hijo(a) ve televisión, juega videojuegos o usa una computadora, tableta o teléfono inteligente por más de 2 horas al día?	No	Sí	
¿Hay una televisión o computadora en la habitación de su hijo(a)?	No	Sí	
¿Usted supervisa el uso de la televisión e Internet de su hijo(a)?	Sí	No	
¿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 y 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 Omitir
¿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?			Sí No
¿Ha hablado con su hijo(a) acerca de no hablar con desconocidos?	Sí	No	
¿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 año pasado?	No	Sí	
¿Alguna vez su hijo(a) ha sufrido <i>bullying</i> (burlas o intimidación) o se ha sentido inseguro(a) en la escuela o en su vecindario (sufrido <i>bullying</i> por Internet)?	No	Sí	
¿Su hijo(a) a menudo se ve triste o deprimido(a)?	No	Sí	

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

¿Tiene alguna inquietud sobre la relación de su hijo(a) con sus padres o hermanos? No Sí

¿Tiene alguna inquietud sobre cómo disciplinar, establecer límites adecuados para su hijo(a)? No Sí

¿Su hijo(a) pasa tiempo con una persona que fuma? 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

¿Su hijo(a) ronca de manera regular? No Sí

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

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

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

- ¿Su hijo(a) ingiere alimentos ricos en hierro (tales como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles)? Sí No
- ¿Su hijo(a) sigue una dieta vegetariana estricta? No Sí
- ¿Si su hijo(a) es vegetariano(a), ¿toma un suplemento de hierro? Sí No
- ¿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)? _____

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 del 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