

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

Revisión de niño sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 9 a 11 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)? _____
-

Para niñas únicamente:

- ¿Su hija ha empezado a menstruar? No Sí
- En caso afirmativo, ¿tiene usted o ella alguna pregunta sobre su menstruación? No Sí N/A

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
- ¿Tiene alguna inquietud sobre la interacción de su hijo(a) con sus compañeros de la escuela? No Sí
- ¿Tiene su hijo(a) amigos en la escuela? Sí No
- ¿Su hijo(a) tiene una buena coordinación física en general? 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



L15869 Well Child Check 9-11 Years

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

Actividad física:

¿Su hijo(a) hace ejercicio o practica deportes la mayoría de los días de la semana?	Sí	No
¿Su hijo(a) tiene dolor de pecho cuando hace ejercicio?	No	Sí
¿Su hijo(a) ha tenido lesiones importantes o sufrido una conmoción en relación con los deportes?	No	Sí

Salud dental:

¿Su hijo(a) se cepilla los dientes y usa hilo dental todos los días?	Sí	No
--	----	----

Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:

¿Su hijo(a) ve televisión, juega a videojuegos o usa una computadora, tableta o teléfono inteligente por más de 2 horas al día (sin incluir el trabajo escolar)?	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
¿Su hogar tiene el número del Centro de Toxicología (800-222-1222) cerca del teléfono?	Sí	No
¿Su hijo(a) sabe cómo usar el 911 en caso de una emergencia?	Sí	No
¿Su hijo(a) siempre usa el cinturón de seguridad en el asiento trasero (o usa un asiento elevado si mide menos 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?	Sí	No N/C
¿Usa filtro solar/sombrero/u otras medidas de protección 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 Omitir
¿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

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

- | | | |
|---|----|----|
| ¿Su hijo(a) ha recibido golpes o ha golpeado a alguien durante el último año? | 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 (o ha sufrido <i>bullying</i> por Internet)? | No | Sí |
| ¿Su hijo(a) a menudo se ve triste o deprimido(a)? | No | Sí |
| ¿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 |
| ¿Su hijo(a) alguna vez ha fumado cigarrillos o masticado tabaco? | No | Sí |
| ¿Le inquieta que su hijo(a) pudiera estar consumiendo drogas o inhalando sustancias tales como pegamento para drogarse? | No | Sí |
| ¿Le inquieta que su hijo(a) pudiera estar tomando alcohol, tal como cerveza, refrescos de vino, vino o licor? | No | Sí |
| ¿Su hijo(a) tiene amigos o miembros de la familia que tienen problema con las drogas o alcohol? | No | Sí |
| ¿Su hijo(a) ha empezado a salir en citas o a "salir " con novios o novias? | No | Sí |
| ¿Cree que su hijo(a) puede ser sexualmente activo(a)? | 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 <i>excepto</i> 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 <i>excepto</i> EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)? | No | Sí | |

Sueño:

- | | | |
|---|-------|-------|
| ¿Cuántas horas duerme su hijo(a) en la noche? | _____ | horas |
| ¿Está satisfecho(a) con el sueño de su hijo? | Sí | No |
| ¿Su hijo(a) ronca de manera regular? | No | Sí |

Nutrición:

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

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

- ¿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**
- ¿Su hijo(a) sigue una dieta vegetariana estricta? **No** **Sí**
- Si su hijo(a) es vegetariano(a), ¿toma un suplemento de hierro? **Sí** **No**
- ¿Tiene alguna inquietud sobre el peso de su hijo(a)? **No** **Sí**

 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: _____

<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"/> 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"/>	

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: _____

<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<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