

Nombre del Niño _____ Edad del Niño _____ Fecha _____

Persona que completa el formulario _____ Relación con el paciente _____

¿Su hijo ha padecido alguna enfermedad, hospitalización o cirugía desde su última visita? (SI) (NO)

Nutrición:	Si	No
¿Su hijo está bebiendo leche baja en grasa, con un límite de 2-3 tazas por día?	()	()
¿El jugo o las bebidas azucaradas están limitadas a 0 o 1 porción por día?	()	()
¿Su hijo come una variedad de frutas/vegetales/leche/carne?	()	()
¿Su hijo toma regularmente un suplemento que contenga vitamina D?	()	()
En promedio, ¿su hijo come comida rápida una o más veces por semana?	()	()
¿Su hijo está satisfecho con su peso actual?	()	()

Historial Familiar y Social:	Si	No
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?	()	()
¿Existen antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca o arritmias?	()	()
¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)?	()	()

Factores Preventivos de Salud/Riesgo:	Si	No
El tiempo frente a una pantalla (TV/videos/videojuegos/ordenador/tableta/teléfono) está limitado al ¿menos de 2 horas al día?	()	()
¿Su hijo cuenta con TV o internet en el dormitorio?	()	()
¿Su hijo siempre viaja en el asiento trasero con el cinturón de seguridad?	()	()
¿Usted, alguien que cuida de su hijo, o alguien en su casa fuma?	()	()
¿Su hijo utiliza un casco cuando viaja en bicicleta, patineta, patines, etc.?	()	()
¿Hay armas en su casa?	()	()
• En caso afirmativo, ¿siempre se mantienen descargadas y bajo llave?	()	()
¿Hay detectores de humo y extintores en su casa?	()	()
• ¿Se revisan anualmente?	()	()
¿Su hijo ha tenido contacto cercano con alguna persona que sufra de tuberculosis (TB), o que esté en alto riesgo de tuberculosis (personas provenientes de África, Asia, América Latina, países del Caribe, cárcel, usuario de drogas IV, VIH positivo)?	()	()
¿Su hijo visita al dentista dos veces al año y se cepilla los dientes diariamente?	()	()
¿Su hijo realiza ejercicio diario?	()	()

Salud Conductual/Mental:	Si	No
¿Su hijo tiene una rutina de sueño regular?	()	()
¿Su hijo duerme bien, sin roncar?	()	()
¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo, desarrollándose y comportándose?	()	()

Académico:	Si	No
¿En qué grado está su hijo? _____	()	()
¿Su hijo está dentro o sobre el promedio en su nivel de grado?	()	()
¿A su hijo le gusta leer?	()	()
¿Su hijo participa en actividades extracurriculares?	()	()
¿Su hijo recibe servicios adicionales, tutorías, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, etc.?	()	()

Pubertad:	Si	No
¿Su hija ha comenzado a presentar períodos menstruales?	()	()
En caso afirmativo, ¿son regulares y con molestias leves?	()	()