

## Visita Niño Sano de 13 a 21 Años

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)

<b>Nutrición:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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?	( )	( )

<b>Historia Familiar y Social:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?	( )	( )
¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)?	( )	( )

<b>Factores Preventivos de Salud/Riesgo:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
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 utiliza el cinturón de seguridad?	( )	( )
¿Su hijo está expuesto a alguien que fume?	( )	( )
¿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 hace ejercicio diario?	( )	( )
¿Necesitará usted completar un formulario deportivo dentro del próximo año?	( )	( )

<b>Salud Cardíaca:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Sufre usted de dolor en el pecho cuando hace ejercicio?	( )	( )
¿Alguna vez se ha desmayado durante o inmediatamente después de hacer ejercicio?	( )	( )
¿Sufre usted de dificultades respiratorias o fatiga <b>inexplicable</b> durante el ejercicio?	( )	( )
¿Su corazón se acelera <b>de repente</b> (latidos rápidos) sin razón alguna?	( )	( )
¿Alguna vez ha sufrido una convulsión inexplicable?	( )	( )
¿Alguna vez le han diagnosticado presión arterial alta, una infección cardíaca, colesterol, enfermedad de Kawasaki o algún otro problema cardíaco?	( )	( )
¿Alguien en su familia <u>ha fallecido repentinamente</u> de un problema cardíaco <u>antes de los 40 años</u> ?	( )	( )
¿Alguien en su familia <u>ha fallecido repentinamente</u> por una razón desconocida <u>antes de los 40 años</u> (incluyendo el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS), accidente automovilístico inexplicable o ahogamiento)?	( )	( )

¿Alguien en su familia padece de alguna de las siguientes afecciones genéticas específicas del corazón: cardiomiopatía hipertrófica, cardiomiopatía dilatada, cardiomiopatía cardíaca derecha arritmogénica (ARVC), síndrome de QT largo, síndrome de QT corto, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT), síndrome de Brugada o síndrome de Marfan?	( )	( )
---	-----	-----

<b>Pubertad:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Ya ha iniciado su periodo menstrual?	( )	( )
• En caso afirmativo, ¿son regulares?	( )	( )
• En caso afirmativo, ¿presenta molestias leves?	( )	( )

<b>Académico:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿En qué grado está? _____		
¿Está usted dentro o por encima del promedio de su nivel de grado?	( )	( )
¿Le gusta leer?	( )	( )
¿Participa usted en actividades extracurriculares?	( )	( )
¿Recibe usted servicios adicionales, tutorías, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, etc.?	( )	( )