

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?	()	()

Historial Familiar y Social:	Si	No
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?	()	()
¿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 a menos de	()	()
¿2 horas al día?	()	()
¿Su hijo siempre viaja en un asiento para coche, en el asiento trasero?	()	()
¿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 tiene al menos una hora de juego activo por día?	()	()

Salud bucal:	Si	No
¿Su hijo visita al dentista dos veces al año y se cepilla los dientes diariamente?	()	()

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?	()	()
¿Está usted interesado/a en inscribir a su hijo en Head Start o preescolar?	()	()
• En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para encontrar un programa adecuado?	()	()

Vigilancia del Desarrollo:

Desarrollo Social/Emocional:	Si	No
¿Su hijo interactúa bien con sus compañeros?	()	()
¿Su hijo juega juegos de ficción?	()	()

Desarrollo Comunicativo:	Si	No
¿Su hijo habla de manera comprensible?	()	()
¿Su hijo sabe su nombre, edad y género?	()	()

Desarrollo Cognitivo:	Si	No
¿Su hijo puede nombrar 4 colores?	()	()
¿Su hijo puede dibujar una persona (2 partes del cuerpo)?	()	()

Desarrollo Físico:	Si	No
¿Su hijo puede saltar en un pie?	()	()
¿Su hijo puede balancearse en cada pie?	()	()
¿Su hijo puede construir una torre (8 bloques)?	()	()
¿Su hijo puede copiar una "X"?	()	()
¿Su hijo puede cepillarse los dientes?	()	()
¿Su hijo se viste solo?	()	()