

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 azucarados 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?	()	()
¿Su hijo moja la cama regularmente?	()	()
¿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:

Habilidades Motoras:	Si	No
¿Su hijo puede balancearse en 1 pie?	()	()
¿Su hijo puede dar brincos y saltos?	()	()
¿Su hijo es capaz de atar un nudo?	()	()

Habilidades del Lenguaje:	Si	No
¿Su hijo puede contar una historia con oraciones completas?	()	()

Habilidades de Aprendizaje:	Si	No
¿Su hijo puede dibujar una persona (6+ partes del cuerpo)?	()	()
¿Su hijo puede escribir algunas letras y números?	()	()
¿Su hijo puede copiar cuadrados, triángulos?	()	()
¿Su hijo puede contar hasta 10?	()	()
¿Su hijo puede nombrar 4 o más colores?	()	()
¿Su hijo puede seguir instrucciones simples?	()	()
¿Su hijo presta atención?	()	()