

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 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?	( )	( )

<b>Historial 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 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 visita al dentista dos veces al año y se cepilla los dientes diariamente?	( )	( )
¿Su hijo realiza ejercicio?	( )	( )

<b>Salud Conductual/Mental:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Su hijo cuenta con 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?	( )	( )

Vigilancia del Desarrollo:

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

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

<b>Habilidades de Aprendizaje:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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?	( )	( )