



Examen de Niño Sano: Niño de Edad Escolar (11-12 años)

Nombre de su hijo(a): _____

¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento, aprendizaje o el desarrollo de su hijo(a)? Por favor describa:

¿Toma su hijo algún medicamento(s), suplemento(s) o vitamina(s)?

Por favor indique.

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su hijo tiene alergias a la comida o medicamentos? Por favor indique.

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su hijo ve a algún especialista fuera de ORP?

☐ No

☐ Sí: _____

Salud Dental:

¿Su hijo visita al dentista 1 o 2 veces al año?

☐ Yes

☐ No

¿Su agua contiene fluoruro? (El agua de la ciudad contiene fluoruro)

☐ Sí

☐ No

¿Está cepillando los dientes de su hijo con pasta dental
fluorada 2 veces al día?

☐ Sí

☐ No

Cernimiento de Tuberculosis:

¿Su hijo ha tenido contacto con una persona que tiene la enfermedad de tuberculosis
o que ha tenido un resultado positivo de tuberculosis?

☐ No

☐ Sí

¿Su hijo o algún miembro de su hogar nació o viajó a un país de alto riesgo?
(Esto incluye a los países de África, Asia, Latinoamérica, o Europa del Este)

☐ No

☐ Sí

Nutrición:

¿Consumen 4 porciones de lácteos al día (8 onzas de leche = 1 porción)?

☐ Sí

☐ No

¿Qué tipo(s) de leche está bebiendo su hijo?

☐ Leche Entera

☐ 2%

☐ 1%

☐ Otro _____

¿Comen comidas ricas en hierro cada día?

(carne, frijoles, vitaminas del hierro, cheerios/cereales)

☐ Sí

☐ No

Niñas: ¿Su hija ha tenido su periodo/menstruación?

☐ Sí

☐ No

Vida Social:

¿Quién vive en casa con su hijo? _____

Son los padres:

soltero

casado

divorciado

separado

viudo

Escuela:

¿Grado/nombre de la escuela? _____

¿Le preocupa cómo va su hijo en la escuela?

☐ No

☐ Sí _____

¿Su hijo recibe algún servicio de educación especial? ☐ No ☐ Sí

¿Qué intereses/actividades tiene su hijo? ¿En que sobresale su hijo?

¿Su hijo ha sido acosado (bully) o ha acosado a otros?	☐ No	☐ Sí
¿Su hijo parece estar feliz la mayor parte del tiempo?	☐ Sí	☐ No
¿Tu familia se lleva bien?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo tiene quehaceres y responsabilidades en casa?	☐ Sí	☐ No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted consistente con las consecuencias y la disciplina?	☐ Sí	☐ No
¿Le hace saber a su hijo cuando se está portando bien?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo tiene problemas con sentimientos de enojo o preocupación?	☐ No	☐ Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre cómo come su hijo? Esto incluye suficiente leche, frutas y verduras.	☐ No	☐ Sí
¿Les ofreces una variedad de comida que incluyen frutas, verduras y proteínas?	☐ Sí	☐ No
¿Deciden cuánto comer y cuándo parar?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas?	☐ No	☐ Si
¿Desayunan?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo juega activamente durante al menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o jugar activamente con amigos?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene un plan familiar para balancear el tiempo que pasan en Internet con otras actividades familiares y personales?	☐ Sí	☐ No
¿Supervisa o tiene reglas sobre el uso de Internet?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene un horario regular para acostarse?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo tiene problemas para dormir?	☐ No	☐ Sí
¿Su hijo sabe nadar?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo usa protector solar?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo usa casco cuando anda en bicicleta, patineta o scooter?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene detectores de humo y detectores de monóxido de carbono en su casa?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo pasa tiempo en un lugar con un arma de fuego que no está guardada bajo llave?	☐ No	☐ Sí
¿Se siente seguro en su hogar y en su comunidad?	☐ Sí	☐ No
¿Su pareja o alguien importante en su vida alguna vez le ha golpeado, pateado o empujado, o la ha lastimado físicamente a usted o al bebé?	☐ No	☐ Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Su casa tiene suficiente calefacción/aire acondicionado, agua caliente, electricidad?	☐ Sí	☐ No
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó si su comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?	☐ No	☐ Sí
¿Hay alguien en la vida de su hijo a quien le preocupe el consumo de alcohol/drogas?	☐ No	☐ Sí
¿Discute con su hijo que nadie debe ver sus partes íntimas ni guardar secretos de sus padres	☐ Sí	☐ No