



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

Nombre: _____

Cernimiento Cardiovascular:

¿Alguna vez te has desmayado mientras hacías ejercicio?	No	Sí
¿Toses o tienes dificultad para respirar al hacer ejercicio?	No	Sí
¿Te ha dolido mucho el pecho cuando haces ejercicio?	No	Sí
¿Alguien en tu familia ha sufrido un ataque cardíaco o un derrame cerebral antes de los 55 años?	No	Sí
¿Alguien de la familia murió repentinamente mientras hacía ejercicio?	No	Sí

EXAMEN DE SALUD MENTAL (PHQ-2)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido has tenido molestias debido a los siguientes problemas?

1. Te ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas
 Ningún día Varios Días Más de la mitad de los días Casi todos los días

2. Poco interés o placer en hacer cosas
 Ningún día Varios Días Más de la mitad de los días Casi todos los días