OBERLIN ROAD PEDIATRICS

Padre/Guardián

Examen de Niño Sano: Niño de Edad Escolar (13-14 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: _____

¿Qué cosas son las que más te agradan de tu hijo?

_____

_____

Salud Dental:

¿Su hijo visita al dentista 1 o 2 veces al año?	□ Sí	□ No
¿Su agua contiene fluoruro? (El agua de la ciudad contiene fluoruro)	□ 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:

¿Comen comidas ricas en hierro cada día? (carne, frijoles, vitaminas del hierro, cereales)	□ Sí	□ No
Si es niña, ¿tiene sangrado menstrual excesivo?	□ No	□ Sí

¿Su hijo tiene intereses fuera de la escuela?	□ Sí	□ No
¿Su hijo tiene algún problema en la escuela?	□ No	□ Sí
¿Su hijo se irrita con frecuencia?	□ No	□ Sí
¿Su hijo se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	□ No	□ Sí
¿Le preocupa la salud emocional de su hijo, como estar triste o deprimido?	□ No	□ Sí
¿Han discutido formas de manejar el estrés?	□ Sí	□ No
¿Ayuda a su hijo a tomar decisiones y resolver problemas?	□ Sí	□ No

¿Tu familia se lleva bien entre sí?	□ Sí	□ No
¿Te tomas el tiempo para hablar con tu hijo de como estuvo su día?	□ Sí	□ No
¿Tu familia hace cosas juntas?	□ Sí	□ No
¿Su hijo tiene quehaceres y responsabilidades en casa?	□ Sí	□ No
¿Tiene reglas y expectativas para su hijo?	□ Sí	□ No
¿Tienes reglas sobre hora límite de llegada, citas, amigos?	□ Sí	□ No
¿Tiene alguna preocupación sobre la nutrición, el peso o la actividad física de su hijo?	□ No	□ Sí
¿Su hijo habla de "engordar" o de hacer dieta para perder peso?	□ No	□ Sí
¿Crees que tu hijo come comidas saludables?	□ Sí	□ No
¿Tiene alguna preocupación sobre los hábitos de comer o la nutrición de su hijo?	□ No	□ Sí
¿Comes en familia?	□ Sí	□ No
¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas?	□ No	□ Sí
¿Su hijo juega activamente durante al menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o jugar activamente con amigos?	□ Sí	□ No
¿Usted y su hijo participan juntos en actividades físicas?	□ Sí	□ No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo frente a la pantalla de forma recreativa cada día?	_____	
¿Su hijo tiene un televisor, una computadora, una tableta o un teléfono inteligente en su dormitorio?	□ No	□ Sí
¿Tiene reglas sobre el tiempo que su hijo pasa frente a la pantalla?	□ Sí	□ No
¿Su hijo ha sido acosado (bully) o ha acosado a otros?	□ 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 a su hijo?	□ 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