



Examen de Niño Sano: Visita de 4 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 de 2 a 3 porciones de lácteos al día (8 onzas de leche = 1 porción)?

Sí

No

¿Están tomando MÁS de 24 onzas de leche al día?

No

Sí

¿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

Desarrollo: ¿Tu hijo...

Finge ser otra cosa durante el día? (profesor, superhéroe, animal)?	Sí	No
Pide ir a jugar con los niños cuando no hay ninguno cerca, como "¿Puedo jugar con Alex?"	Sí	No
Consuela a otras personas que están heridas o tristes, como abrazar a un amigo que está llorando?	Sí	No
Evita el peligro, como no saltar desde grandes alturas en el patio de recreo?	Sí	No

Le gusta ser un ayudante?	Sí	No
Cambia su comportamiento según el lugar donde está (biblioteca, iglesia, patio de recreo)?	Sí	No
Dice una oración con 4 palabras o más?	Sí	No
Dice algunas palabras de una canción, un cuento o una canción infantil?	Sí	No
Habla sobre al menos 1 cosa que sucedió durante el día: "Jugué fútbol"	Sí	No
Responde a preguntas sencillas como "¿Para qué sirve un abrigo?" "¿Para qué sirve un crayón?"	Sí	No
Nombra algunos colores de cosas?	Sí	No
Le cuenta lo que viene a continuación en un cuento conocido?	Sí	No
Dibuja a una persona con 3 o más partes del cuerpo?	Sí	No
Atrapa una pelota grande la mayor parte del tiempo?	Sí	No
Se sirve la comida o se sirve agua con la supervisión de un adulto?	Sí	No
Desabotona algunos botones?	Sí	No
Sostiene un crayón o un lápiz entre el dedo índice y el dedo pulgar?	Sí	No

Vida Social:

¿Quién vive en casa con su hijo? _____

Son los padres: soltero casado divorciado separado viudo

¿Quién cuida de su hijo durante el día? _____

¿Han habido cambios importantes en la vida de su hijo o de su familia? No Sí: _____

¿Tiene planes de viajar el próximo año con su hijo? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

¿Su hijo comunica claramente sus deseos y necesidades a usted y a los demás?	Sí	No
¿Lee, canta canciones o juega juegos de palabras con su hijo todos los días?	Sí	No
¿Su hijo es generalmente feliz y activo?	Sí	No
¿Ayuda a su hijo a decir "Lo siento" por herir los sentimientos de otros?	Sí	No
¿Su hijo juega con otros niños?	Sí	No
¿Su hijo tiene un mejor amigo o buenos amigos?	Sí	No
¿Su hijo juega activamente durante al menos 1 hora al día?	Sí	No

¿Cuánto tiempo al día pasa su hijo viendo dispositivos/pantallas?	_____	No
¿Está contento con el sueño de su hijo?	Sí	No
¿Tiene un horario regular para acostarse y comer?	Sí	No
¿Su hijo está completamente entrenado para ir al baño durante el día?	Sí	No
¿Le ofrece a su hijo al menos 5 porciones de verduras o frutas al día?	Sí	No
¿Deja que su hijo decida qué comer y cuánto?	Sí	No
¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas?	No	Sí
¿Su hijo siempre está en un asiento de seguridad de 5 puntos en el asiento trasero del carro?	Sí	No
¿Todos usan un cinturón de seguridad, asiento elevado o silla para niños en el carro?	Sí	No
¿Su hijo usa un casco cuando anda en bicicleta o en un asiento en la bicicleta de un adulto?	Sí	No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortacéspedes, entradas de vehículos, escaleras?	Sí	No
Si tiene una piscina, ¿tiene una verja alrededor?	Sí	No
¿Su hijo usa protector solar?	Sí	No
¿Está planeando que su hijo aprenda a nadar?	Sí	No
¿Su hijo usa un chaleco salvavidas cuando está en un bote o en aguas abiertas?	Sí	No
¿Su hijo pasa tiempo en un lugar con un arma de fuego que no está guardada bajo llave?	No	Sí
¿Te sientes seguro en tu hogar y 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?	Sí	No

¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?	No	Sí
¿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?	Sí	No
¿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