



Examen de Niño Sano: Visita de 5 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?

☐ No

☐ Sí

(Esto incluye a los países de África, Asia, Latinoamérica, o Europa del Este)

Nutrición:

¿Consumen 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...

Sigue las reglas o toma turnos cuando juega con otros niños?	Sí	No
Canta, baila o actúa para usted?	Sí	No
Hace tareas del hogar como limpiar la mesa y recoger los juguetes?	Sí	No
Cuenta una historia que escuchó o inventó con al menos 2 eventos?	Sí	No
Responde a preguntas sencillas sobre un libro o cuento después de que usted se lo lee o se lo cuente?	Sí	No
Mantiene una conversación con más de 3 intercambios?	Sí	No
Habla con claridad para que un extraño lo entienda?	Sí	No

Cuenta hasta 10?	Sí	No
Nombra números entre el 1 y el 5 cuando usted señala el dígito?	Sí	No
Reconoce y usa rimas sencillas?	Sí	No
Usa palabras sobre el tiempo, como ayer, mañana, o noche?	Sí	No
Presta atención durante 5-10 minutos durante las actividades, por ejemplo, durante la hora del cuento, dibujando, o haciendo arte? (el tiempo de pantalla no cuenta)	Sí	No
Escribe algunas letras de su nombre?	Sí	No
Nombra algunas letras cuando usted las señala?	Sí	No
Abotona algunos botones?	Sí	No
Salta en 1 pie?	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: _____

¿Su hijo es generalmente feliz y activo?	Sí	No
¿Su hijo tiene responsabilidades en casa?	Sí	No
¿Tu familia se lleva bien entre sí?	Sí	No
¿Le haces saber a tu hijo cuando se está portando bien?	Sí	No
¿Su hijo tiene problemas con los sentimientos de enojo?	Sí	No
¿Su hijo juega bien con otros niños?	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
¿Su hijo tiene un televisor/pantalla en su cuarto?	No	Sí
¿Está contento con el sueño de su hijo?	Sí	No
¿Tiene un horario regular para acostarse?	Sí	No
¿Su hijo siempre está sentado en la silla de seguridad en el asiento trasero cuando está en el carro?	Sí	No
¿Su hijo usa casco cuando anda en bicicleta, patineta o scooter?	Sí	No
¿Su hijo sabe nadar?	Sí	No
¿Su hijo usa protector solar?	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 pasa tiempo en un lugar con un arma de fuego que no está guardada bajo llave?	No	Sí
¿Tiene detectores de humo y detectores de monóxido de carbono en su casa?	Sí	No
¿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