



Examen de Niño Sano: Visita de 6-10 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 3 porciones de lácteos al día (8 onzas de leche = 1 porción)? Sí No
 Si tienen 9 años o más, ¿consumen 4 porciones?
 ¿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

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 niño ha sido acosado (bully) o él 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
- ¿Su hijo decide cuánto comer y cuándo parar? Sí No
- ¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas? No Sí
- ¿Desayunan todos los días? Sí No
- ¿Su hijo juega activamente durante al menos 1 hora al día? Sí No
- Esto incluye correr, practicar deportes o jugar activamente con amigos?
- ¿Cuánto tiempo al día pasa su hijo viendo dispositivos/pantallas?
- _____
- ¿Su hijo tiene un televisor/pantalla en su dormitorio? No Sí
- ¿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 siempre está sentado en la silla de seguridad para niños en el asiento trasero cuando está en el carro? Sí No
- Si mide más de 4'9" y pesa más de 80 libras y está fuera del asiento de seguridad, ¿viajan en el asiento trasero? Sí No
- ¿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
- ¿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