

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
-Today's Date



Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: M\_\_ F\_\_ T\_\_  
MRN: \_\_\_\_\_ (or place label here)

# Evaluación de salud pediátrica

## (Entre 5 y 11 años de edad) – PARA PADRE/MADRE/TUTOR

-Pediatric Health Assessment (Ages 5-11) – FOR PARENT/GUARDIAN

Por favor, conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a conocer mejor a su hijo/a y que, juntos, podamos planear la mejor atención para él/ella. Puede saltarse cualquier pregunta que lo/a haga sentir incómodo/a.

-Please answer these questions to help us get to know your child better and together we can plan the best care for your child. It is okay to skip any questions you are not comfortable answering.

### INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL -GENERAL MEDICAL INFORMATION

En el último año, ¿ha habido algún cambio en la salud de su hijo/a o alguna visita al hospital? ..... SÍ  NO   
-In the last year, have there been any changes to your child's health or any hospital visits? -YES -NO

Si contestó "sí", describa:  
-If yes, describe

¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una reacción alérgica (reacción adversa) a cualquiera de las siguientes opciones? -Has your child had an allergic reaction (bad effect) from any of the following?

- Ninguna alergia conocida -No known allergies
- Medicamentos (por favor, describa) \_\_\_\_\_ -Medicines/Drugs - please describe
- Látex (guantes de hule) -Latex (rubber gloves)
- Huevos -Eggs
- Cacahuates -Peanuts
- Picaduras de abejas -Bee stings
- Mariscos -Shellfish
- Otra (por favor, describa): \_\_\_\_\_ -Other (please describe)

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento (incluya medicamentos sin receta, hierbas, flúor, vitaminas o suplementos)? ..... SÍ  NO   
-Is your child taking any medicines/drugs (include non-prescription, herbs, fluoride, vitamins, or supplements)? -YES -NO

Si contestó "sí", ¿cuáles?:  
-If yes - please list

### SALUD FÍSICA Y BUCAL -PHYSICAL AND ORAL HEALTH

1. ¿Hay ocasiones en las que su familia no tiene lo suficiente para comer? ..... SÍ  NO   
-Are there times when your family does not have enough food to eat? -YES -NO

2. ¿Su hijo/a come 5 porciones de frutas y verduras cada día? ..... NO  SÍ   
-Does your child eat 5 servings of fruits and vegetables each day? -NO -YES

3. ¿Su hijo/a toma más de 8 oz (1 taza) de jugo o refresco al día? ..... SÍ  NO   
-Does your child have more than 8 oz (1 cup) of juice or soda per day? -YES -NO

4. ¿Su hijo/a come comida rápida más de una vez a la semana? ..... SÍ  NO   
-Does your child eat fast food more than once per week? -YES -NO

5. ¿Su hijo/a hace ejercicio (juegos intensos, como correr o hacer deportes) durante más de 30 minutos al día? ..... NO  SÍ   
-Does your child exercise (play hard - like running or sports) for more than 30 minutes every day? -NO -YES

6. ¿Cuántas horas al día su hijo/a ve televisión, se conecta al Internet, está en su teléfono o juega videojuegos? .....  0-1  1-2  Más de 2  
-How many hours per day does your child watch TV, go on the internet/phone or play video games? -0-1 -1-2 -Greater than 2

7. ¿Ha hablado con su hijo/a acerca de la pubertad? ..... NO  SÍ   
-Have you talked to your child about puberty? -NO -YES  
Si no es así, ¿le gustaría hablar sobre eso hoy? \_\_\_\_\_  
-If no, would you like to talk about it today?

8. ¿Su hijo/a tiene problemas de estreñimiento o moja la cama? ..... SÍ  NO   
-Does your child have trouble with constipation or bedwetting? -YES -NO

9. ¿Su hijo/a se cepilla los dientes dos veces al día y usa hilo dental una vez al día? NO  SÍ   
-Does your child brush teeth twice daily and floss once a day? -NO -YES

10. ¿Cuándo fue la última revisión dental? \_\_\_\_\_  
-When was the last dentist check-up?

## SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE LESIONES -SAFETY AND INJURY PREVENTION

11. Cuando viaja en un coche, ¿su hijo/a usa cinturón de seguridad o un asiento elevador?..... SÍ  NO   
-When riding in a car, does your child use a seatbelt or booster seat? -YES -NO

12. ¿Su hijo/a siempre usa un casco cuando anda en bicicleta, patineta, patines o patín del diablo (scooter)?..... NO  SÍ   
-Does your child always wear a helmet when riding a bike, skateboard, roller blades, or scooter? -NO -YES

13. ¿Su hijo/a sabe nadar? ..... NO  SÍ   
-Does your child know how to swim? -NO -YES

14. ¿Hay armas en su casa o en cualquier otro lugar donde su hijo/a pase tiempo?..... SÍ  NO   
-Are there guns in your home or anywhere else your child spends time? -YES -NO

15. ¿Usted cuenta con un plan de emergencia en caso de incendios o terremotos? NO  SÍ   
-Do you have a fire and earthquake emergency plan? -NO -YES

16. ¿Le enseña a su hijo/a cómo protegerse cuando está en Internet? ..... NO  SÍ   
-Do you teach your child how to be safe on the internet? -NO -YES

## ESCUELA Y AMIGOS -SCHOOL AND FRIENDS

17. ¿Tiene alguna preocupación con respecto al aprendizaje o comportamiento de su hijo/a en la escuela?..... SÍ  NO   
-Do you have any concerns about your child's learning or behavior in school? -YES -NO

18. ¿Su hijo/a tiene al menos un amigo o amiga? ..... NO  SÍ   
-Does your child have at least one friend? -NO -YES

19. ¿Cuántas veces su hijo/a ha faltado a la escuela en el último mes por cualquier motivo? .....  Ninguna  1-3 días  3 o más días  
-How much school has your child missed in the last month for any reason? -None -1-3 days -3 or more days

20. ¿Qué hace su hijo/a después de la escuela?  
-What does your child do after school?

## BIENESTAR EMOCIONAL -EMOTIONAL WELL BEING

21. ¿Quién vive en el hogar de su hijo/a?  
-Who lives in your child's home?

22. ¿Tiene alguna preocupación sobre el estado de ánimo o comportamiento de su hijo/a? (Ejemplos: hiperactivo/a, enojado/a, triste, retraído/a, temeroso/a, tímido/a o irritable)..... SÍ  NO   
-Do you have any worries about your child's mood or behavior? (example - hyperactive, angry, sad, withdrawn, scared, shy, or irritable) -YES -NO

23. ¿Su hijo/a tiene problemas para dormir o pesadillas? ..... SÍ  NO   
-Does your child have any problems with sleep or nightmares? -YES -NO

24. ¿Alguien hostiga o molesta a su hijo/a en línea o en la escuela?..... SÍ  NO   
-Does anyone bully or pick on your child, online or at school? -YES -NO

## REDUCCIÓN DEL RIESGO/PREOCUPACIONES -RISK REDUCTION/CONCERNS

25. ¿Usted habla con su hijo/a sobre los riesgos que presentan las drogas, el alcohol o la actividad sexual? ..... NO  SÍ   
-Do you talk to your child about the risks of drugs, alcohol, and sexual activity? -NO -YES

26. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo/a? ..... SÍ  NO   
-Do you have any worries about your child's behavior? -YES -NO

27. ¿Hay alguien en el hogar de su hijo/a que fume cigarrillos?..... SÍ  NO   
-Does anyone in your child's house smoke cigarettes? -YES -NO

28. Sabemos que lo que pasa en la vida de un niño o niña puede afectar su salud.

*-We know that what is happening in a child's life can affect their health*

¿Se ha visto afectado/a **usted, su hijo/a o su familia** por alguna de las siguientes opciones en el último año?.....

SÍ  NO   
-YES -NO

*-Have you, your child or your family been affected by any of these in the last year?*

-Mudanza, deportación o desalojo

*-Move, deportation or eviction*

-Prisión/cárcel

*-Prison/Jail*

-Divorcio, ruptura o separación

*-Divorce, break-up or separation*

-Involucramiento del DHS/crianza temporal

*-DHS involvement/foster care*

-Muerte o violencia

*-Death or violence*

-Enfermedad mental (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, intento de suicidio)

*-Mental illness - depression, anxiety, bipolar disorder, suicide attempt*

-Abuso de drogas o alcohol

*-Drug or alcohol abuse*

-Racismo o discriminación

*-Racism or discrimination*

-Amenazas, abuso o negligencia

*-Threats, abuse, or neglect*

**FORTALEZAS** -STRENGTHS

Marque todos los enunciados que sean verdaderos para su hijo/a.

*-Check off all the items that you think are true for your child.*

Nuestra familia se ayuda y apoya mutuamente.

*-Our family helps and supports each other*

A mi hijo/a le gusta leer.

*-My child likes to read*

Mi hijo/a trabaja duro en la escuela, deportes u otras actividades.

*-My child works hard in school, sports, or other activities*

Mi hijo/a se siente bien consigo mismo/a.

*-My child feels good about him or herself*

Mi hijo/a tiene estos comportamientos de salud

(como ejercicio, alimentación sana): \_\_\_\_\_

*-My child has these healthy behaviors (like exercise, healthy eating)*

Mi hijo/a o familia participa en mi comunidad (religión, deportes, servicio, familia o vecindario).

*-My child/family is involved in my community - religious, sports, service, family, or neighborhood*

Las siguientes cosas me hacen sentir orgulloso/a de mi hijo/a: \_\_\_\_\_

*-These things make me proud of my child*

Otras: \_\_\_\_\_

*-Others*

**PREOCUPACIONES ADICIONALES** -ADDITIONAL CONCERNS

¿Tiene alguna otra pregunta o preocupación sobre la que le gustaría hablar hoy?

*-Are there any other questions or concerns you would like to discuss today?*

Firma: \_\_\_\_\_ (Padre/madre/tutor lega)

for office use (para uso del consultorio): Provider

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_