

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

5 – 8 años (5 – 8 Years)

Nombre del niño (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	¿Año escolar?
Persona que llena el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor	Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre cualquier sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

					Nutrition
1	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Su hijo bebe más de una pequeña taza (4 - 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
					Physical Activity
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días de la semana? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
					Safety
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
10	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
11	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Coloca usted siempre a su hijo en un asiento para niños en el en el asiento de atrás (o usa un cinturón de seguridad) si su hijo mide más de 4'9"?" <i>Always places child in booster seat in back seat (or seat belt) if child is over 4'9"?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

14	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que lleve un arma de fuego, un cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? <i>Has child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
18	¿A su hijo le ha pegado alguien o le ha pegado él a alguien durante el año pasado? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	¿Su hijo ha sido acosado alguna vez o se sintió inseguro en la escuela o en su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
21	¿Su hijo parece a menudo triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
22	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
23	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: