

Nombre: _____
X

Fecha: _____
2

Completado por: _____
M

Relación con el paciente _____
M

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD, 12-18 MESES HEALTH ASSESSMENT SCREENING QUESTIONNAIRE FOR 12-18 MONTHS

Social/Medio Ambiente

Los residentes de la casa (si hay varios hogares, enliste por separado) _____
M

Las mascotas _____ Marque si ha cambios en la familia desde el último examen _____
M

Sí ___ No ___ ¿Está su hijo expuesto a productos de tabaco?
M

Sí ___ No ___ ¿Fuman los padres?
M

Oído Una examinación rutinaria al nacimiento y cada año desde la edad de cuatro años a menos que esté hecho en otro lugar.
M

Sí ___ No ___ ¿Hay un historial familiar de los problemas al oído?
M

Sí ___ No ___ ¿Tiene alguna preocupación sobre el oído de su hijo?
M

Vista Habrá la evaluación rutinaria al nacimiento y cada año desde la edad cuatro a menos que esté hecha en otro lugar.
M

Sí ___ No ___ ¿Usa su hijo las gafas?
M

Sí ___ No ___ ¿Hay un antecedente familiar de problemas con los ojos aparte de la miopía o la hiperopía?
M

Sí ___ No ___ ¿Tiene alguna preocupación con respecto a la vista de su hijo?
M

Inmunizaciones

Sí ___ No ___ ¿Ha tenido su hijo una reacción grave a las inmunizaciones previas?
M

Sí ___ No ___ ¿Ha tenido su hijo la varicela o (peste cristal)?
M

Si su hijo ha recibido las inmunizaciones en otro lugar:
M

Sí ___ No ___ ¿Está el niño o niña expuesto(a) a una persona que está en la cárcel o en prisión, o a una persona que ha estado en la cárcel durante los pasados cinco años?

Does your child have contact with a person who was in jail or is in jail within the past 5 years.

Sí ___ No ___ ¿Está el niño o niña expuesto(a) a una persona que tiene VIH, que es desamparada o que vive en un hogar de enfermería y otro hogar colectivo?

Handwritten scribbles and marks over the text.

Sí ___ No ___ ¿Está el niño o niña expuesto(a) a personas que usan drogas o a obreros migratorios de granja?

Is the child exposed to drug users or migrant farm workers?

12-18 meses, 12-18 months

Sí ___ No ___ ¿Tiene el niño o niña un problema de salud que disminuye la capacidad del sistema inmunológico?

Handwritten scribbles and marks over the text.

Sí ___ No ___ ¿Vive el niño o niña en una comunidad que tiene alto riesgo de TB?

Handwritten scribbles and marks over the text.

Sí ___ No ___ ¿Ha viajado el niño, o ha recibido un visitante de un país extranjero desde la última visita?

Has your child traveled to countries in these areas or does your child have frequent contact with people from these countries?

Sí ___ No ___ ¿Tiene el niño o niña algún síntoma de TB (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de apetito o fatiga), o algún examen de rayos X en su pecho resultó anormal?

Does the child have any symptoms of TB (cough, fever, night sweats, loss of appetite, weight loss, or fatigue) or any abnormal chest x-ray?

12-18 meses, 12-18 months

Reviewed _____

11/2007