

Inmunizaciones

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

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

Si el niño ha recibido las inmunizaciones en otro lugar:

Sí ___ No ___ ¿Ha recibido su hijo la vacuna de la varicela?

Evaluación para tuberculosis Mientras la mayoría de los niños en los Estados Unidos casi no tiene riesgo de llegar a ser contagiado de la tuberculosis, algunos niños pueden tener un riesgo más alto y deben tener el exámen de la piel para la tuberculina. Por favor, conteste las siguientes preguntas para ayudarnos determinar los factores de riesgo del niño.

Sí ___ No ___ ¿Está el niño o niña en contacto cercano con una persona que sufre de enfermedad activa de tuberculosis?

Sí ___ No ___ ¿Tiene el niño o niña VIH o está en riesgo de tenerlo?

Sí ___ No ___ ¿Los padres del niño(a) nacieron fuera de los Estados Unidos?

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?

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?

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

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

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?

Evaluación para el colesterol Puede ser recomendada entre las edades de 2-18 años si algunos de los siguientes factores de riesgo están presentes.

~~Si~~ ~~No~~ ~~¿Hay algún antecedente de enfermedad del corazón, infarto, o cirugía como la angioplastia o el bypass, o la apoplejía en la vida del padre o abuelo cuando tenían menos de 55 años?~~

Sí ___ No ___ ¿Hay algún antecedente de enfermedad del corazón, infarto, o cirugía como la angioplastia o el bypass, o la apoplejía en la vida del padre o abuelo cuando tenían menos de 55 años?

~~Si~~ ~~No~~ ~~¿Tiene uno de los padres un nivel alto de colesterol (>240 mg/dL)?~~

Sí ___ No ___ ¿Tiene uno de los padres un nivel alto de colesterol (>240 mg/dL)?

12/18 años 12/18 years

Análisis de orina Esta es una evaluación rutinaria para señales de infección, enfermedad del riñón y diabetes. Se hace el examen entre las edades de tres y cinco y durante todas citas de adolescencia.

~~Si~~ ~~No~~ ~~¿Tiene alguna preocupación con respecto al examen de orina de su hijo?~~

Sí ___ No ___ ¿Tiene alguna preocupación con respecto al examen de orina de su hijo?

Las Escopetas

~~Si~~ ~~No~~ ~~¿Tiene armas de fuego en la casa?~~

Sí ___ No ___ Si este es el caso, ¿están las armas de fuego y las municiones guardadas bajo llave por separado?

~~Si~~ ~~No~~ ~~Si este es el caso, ¿están las armas de fuego y las municiones guardadas bajo llave por separado?~~

Preguntas de los deportes Las siguientes preguntas sirven para identificar los factores del riesgo para su hijo que participa en deportes.

~~Si~~ ~~No~~ ~~¿Se ha mareado o se ha desmayado su hijo durante el ejercicio?~~

Sí ___ No ___ ¿Se ha mareado o se ha desmayado su hijo durante el ejercicio?

Sí ___ No ___ ¿Ha tenido una contusión cerebral o ha perdido el sentido?

Sí ___ No ___ ¿Tose frecuentemente o se siente, su hijo, sin aliento con el ejercicio?

Sí ___ No ___ ¿Ha tenido dolor al pecho durante o después del ejercicio?

Sí ___ No ___ ¿Hay una historia familiar de cardiomyopathy, el síndrome long Q-T o el síndrome de Marfan?

Sí ___ No ___ ¿Hay una historia familiar de la muerte imprevista o inexplicada?

Sí ___ No ___ ¿Se ha roto o fracturado algún hueso el niño?

Reviewed _____

12/18 años ~~Si~~

11/2007