

Nombre: \_\_\_\_\_

*N/A*

Fecha: \_\_\_\_\_

*2/1*

Completado por: \_\_\_\_\_

*EMM*  
*MM*

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

*2eM*

## CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD, 24 MESES HEALTH ASSESSMENT SCREENING QUESTIONNAIRE 24 MONTHS

### Social/Medio Ambiente

*2eM*

Los residentes de la casa (si hay varios hogares, enliste por separado) \_\_\_\_\_

*2eM*

Las mascotas \_\_\_\_\_

*2eM*

Marque si hay cambios en la familia desde el último examen

*2eM*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Está su hijo expuesto a productos de tabaco?

*2eM*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Fuman los padres?

*2eM*

**Oído** Se hará una examinación rutinaria al nacimiento y cada año desde la edad de cuatro años a menos que haya sido hecha en otro lugar.

*2eM*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hay un historial familiar de los problemas del oído?

*2eM*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene alguna preocupación con respecto a la audición de su hijo?

*2eM*

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

*2eM*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Usa su hijo gafas?

*2eM*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hay algún antecedente familiar de problemas con los ojos aparte de la miopía o la hiperopía?

*2eM*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene alguna preocupación con respecto a la vista de su hijo?

*2eM*

### Inmunizaciones

*2eM*

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

*2eM*

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

*2eM*

Si el niño ha recibido las inmunizaciones en otro lugar:



24 meses, 24 months

**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 preguntas siguientes para ayudarnos determinar los factores del riesgo de su hijo.

*Handwritten scribbles and marks at the top of the page.*

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

*Handwritten marks and scribbles below the question.*

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

*Handwritten marks and scribbles below the question.*

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

*Handwritten marks and scribbles below the question.*

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 marks and scribbles below the question.*

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?

*Handwritten marks and scribbles below the question.*

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

*Handwritten marks and scribbles below the question.*

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?*

11/2007

24 meses, 24 months

Reviewed\_\_\_\_\_