

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

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

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

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD, 3-5 AÑOS HEALTH ASSESSMENT SCREENING QUESTIONNAIRE 3-5 YEARS

#### Social/Medio Ambiente

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

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

Marque si hay cambios en la familia desde el último examen

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

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

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

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

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su hijo?

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

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

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

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

#### 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 su hijo ha recibido las inmunizaciones en otro lugar:



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]*

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?

3/4/5 años

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

*[Handwritten scribbles]*

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

*[Handwritten scribbles]*

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?

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

*[Handwritten scribbles]*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene Ud. alguna preocupación con respecto al exámen de orina de su hijo?

*[Handwritten scribbles]*

Reviewed \_\_\_\_\_

3/4/5 años 3/4/5 years  
11/2007