

Nombre: _____

N/A

Fecha: _____

2/1

Completado por: _____

MD

Relación con el paciente _____

Rel

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD, 6-11 AÑOS HEALTH ASSESSMENT SCREENING QUESTIONNAIRE 6-11 YEARS

Social/Medio Ambiente

N/A

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

N/A

Las mascotas _____

N/A

Marque si hay cambios en la familia desde el último examen

N/A

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

N/A

Sí ___ No ___ ¿Fuman los padres?

N/A

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

N/A

Sí ___ No ___ ¿Hay un historial familiar de problemas al oído o audición?

N/A

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

N/A

Vista

N/A

Sí ___ No ___ ¿Usa su hijo gafas o lentes de contacto?

N/A

Fecha del último examen de la vista _____

N/A

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

N/A

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

N/A

Inmunizaciones

N/A

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

N/A

Sí ___ No ___ ¿Ha tenido su hijo la varicela 0 (peste cristal)?

N/A

Si su hijo ha recibido las inmunizaciones en otro lugar:

N/A

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

Handwritten scribbles

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

Handwritten scribbles

Sí ___ No ___ ¿Hay una historia 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?

Handwritten scribbles

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

Handwritten scribbles

Evaluación para tuberculosis Mientras la mayoría de los niños en los Estados Unidos casi no tienen 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 del riesgo del niño.

Handwritten scribbles

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

Handwritten scribbles

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

Handwritten scribbles

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

Handwritten scribbles

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

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 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?

6/11 años

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

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

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

Las Escopetas

Sí No ¿Tiene armas de fuego en la casa?
 Sí No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reviewed _____