

Nombre: \_\_\_\_\_  
N/A

Fecha: \_\_\_\_\_  
2/

Completado por: \_\_\_\_\_  
M/A

Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
M/A

## CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD, 6 MESES - 9 MESES HEALTH ASSESSMENT SCREENING QUESTIONNAIRE FOR 6 TO 9 MONTHS

### Social/Medio Ambiente

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

Las mascotas \_\_\_\_\_ Marque si ha cambios en la familia desde el último examen \_\_\_\_\_  
M/A

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

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Fuman los padres?  
M/A

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

M/A

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hay un historial familiar de los problemas al oído?  
M/A

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene alguna preocupación sobre el oído de su hijo?  
M/A

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

M/A

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hay una historia familiar de los problemas del ojo?  
M/A

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

### Inmunizaciones

M/A

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Ha tenido su hijo la reacción a inmunizaciones previas?  
M/A

**Fluoruro** La necesidad para el suplemento del fluoruro depende de la edad del hijo, el nivel de la concentración del fluoruro en el suministro de agua y la cantidad de agua en la dieta de su hijo.

Aquí, el suministro de agua municipal tiene el fluoruro. Agua del pozo y la mayoría de las botellas de agua no tienen el fluoruro.

*Handwritten scribbles and marks*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene el fluoruro su fuente de agua?

*Handwritten marks*

**Plomo**

*Handwritten mark*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Vive el hijo o visita frecuentemente la casa o la facilidad de cuidado para el niño que fueron construidas antes de 1950?

*Handwritten marks*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Vive su hijo o visita frecuentemente la casa o la facilidad de cuidado para el niño que fueron construidas antes de 1978 que han sido renovadas dentro de los seis meses anteriores?

*Handwritten marks*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Tiene su hijo el hermano o el compañero de juego que tiene o ha tenido el envenenamiento del plomo?

*Handwritten marks*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Vive su hijo con alguien que trabaje en un lugar donde el plomo se encuentra presente, o tiene un pasatiempo con el que maneje plomo?

*Handwritten marks*

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Suele su hijo, masticar o comer cosas que no son alimento, como pintura o tierra?

*Handwritten marks*

**Evaluación para tuberculosis** Mientras la mayoría de los niños en los Estados Unidos tiene 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 de riesgo del niño.

*Handwritten scribbles and marks*

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

*Handwritten marks*

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

*Handwritten marks*

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

*Handwritten marks*

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 at the top of the page.*

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?

*Does the child have any health problem that decreases the capacity of the immune system?*

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

*Does the child live in a community that has a high risk of TB?*

6-9 meses, 6-9 months

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

6-9 meses, 6-9 months

Reviewed \_\_\_\_\_