

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

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

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

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

## CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SALUD, NACIMIENTO-5 MESES HEALTH ASSESSMENT SCREENING QUESTIONNAIRE FOR BIRTH - 5 MONTHS

### Social/Medio Ambiente

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

Las mascotas \_\_\_\_\_ Marque si hay cambios en la familia desde el último examen

PC  
C/A C/M/A

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

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

**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 al oído?  
M/A

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

**Vista** Se le hará 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 algún antecedente familiar de problemas con los ojos?  
M/A

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

### Inmunizaciones

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

Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hay alguna persona con un sistema inmunitario débil (recibe la quimioterapia o portador del virus del sida) alrededor de su hijo?  
M/A

nacimiento - 5 meses, birth to 5 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 siguientes preguntas para ayudarnos a 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?  
*Does your child have contact with a person who has active 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?*

**La Vitamina D**

**Vitamin D**

Sí  No  ¿Es su hijo solamente amamantado?

*Is your child exclusively breastfed?*  
(May need Vitamin D supplement)

11/2007

Reviewed \_\_\_\_\_

nacimiento - 5 meses, birth to 5 months