



# Health Questionnaire

## 2 to 3 Years Old

Imprint Area

This information is CONFIDENTIAL—it will not be shared with anyone. It helps your pediatrician choose the best topics to discuss with you at this visit. Thanks!

Date:

### SAFETY

- Do you place your child in a car seat in the back seat for every ride?  Yes  No
- Do you keep cleaning and laundry products and medicines out of reach, in locked cabinets?  Yes  No
- Do you know what to do if your child is choking?  Yes  No
- Do you watch your child at all times when you are around water? (pools, spas, ponds, beach, bathtubs)  Yes  No
- Do you watch your child at all times near driveways, streets, and in parking lots?  Yes  No
- Do you have window locks/guards (to keep windows from opening more than 6 inches) on all windows above the first floor?  Yes  No
- Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?  No  Yes

### HEALTH

- Do you brush your child's teeth every day?  Yes  No
- Has your child had chicken pox or had the chicken pox vaccine?  Yes  No
- Do your child's eyes sometimes cross?  No  Yes
- Does your child spend time in a home with anyone who smokes?  No  Yes
- Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)?  No  Yes

### PREVENTING LEAD POISONING

- Does your child live in, or spend a lot of time in, a place built **before 1978** that has peeling or chipped paint or that has been recently renovated?  No  Yes
- Is your child or family on Medi-Cal or receiving government assistance (WIC, CHDP)?  No  Yes

### PREVENTING TUBERCULOSIS (TB)

- Has anyone who lives in your house, or a babysitter or housecleaner ever had a positive TB skin test or active TB?  No  Yes
  - Have you or anyone who lives in your house recently traveled outside the U.S. to a developing country (Central or South America, Asia, or Africa)?  No  Yes
  - Has your child ever received BCG (a TB vaccine sometimes given in foreign countries)?  No  Yes
  - Has your family ever lived in a homeless shelter?  No  Yes
  - Was your child or another household member born outside the U.S.?  No  Yes
  - Has your child lived outside the U.S. for more than one month?  No  Yes
- Is there anything you would like to discuss today? .....

Parent Signature: .....





# Cuestionario sobre la salud

## 2 a 3 años

Imprint Area

Fecha:

Esta información es CONFIDENCIAL — no se compartirá con nadie. Le ayuda a su pediatra escoger los mejores temas para discutir con usted en esta visita. ¡Gracias!

### LA SEGURIDAD

- ¿Coloca a su niño en un asiento de seguridad en el asiento trasero cada vez que viaja?  Sí  No
- ¿Mantiene los productos de limpieza y lavandería y las medicinas fuera del alcance, en armarios cerrados con llave? .....  Sí  No
- ¿Sabe lo que debe hacer si su niño se está atragantando?.....  Sí  No
- ¿Vigila a su niño en todo momento cuando está cerca del agua (las piscinas, los “spas”, los estanques, la playa, las bañeras)? .....  Sí  No
- ¿Vigila a su niño en todo momento, cerca de los caminos de entrada, en las calles y los estacionamientos? .....  Sí  No
- ¿Tiene cerraduras o protecciones para las ventanas (para impedir que las ventanas se abran más de 6 pulgadas) en todas las ventanas arriba del primer piso? .....  Sí  No
- ¿Su niño ha sido víctima de actos de abuso o violencia o los ha presenciado? .....  No  Sí

### LA SALUD

- ¿Cepilla los dientes de su niño todos los días?.....  Sí  No
- ¿Su niño ha tenido la varicela? ¿O ha recibido la vacuna contra la varicela? .....  Sí  No
- ¿Los ojos de su niño a veces se cruzan? .....  No  Sí
- ¿Su niño pasa tiempo en una casa donde alguien fuma? .....  No  Sí
- ¿Su niño recibe cuidado médico de alguien además de un médico (como un acupunturista, un herbolario, curandero u otro tipo de sanador)? .....  No  Sí

### CÓMO EVITAR EL ENVENENAMIENTO POR PLOMO

- ¿Su niño vive o pasa mucho tiempo en un lugar construido **antes de 1978** que tiene pintura descascarillada o ha sido renovado recientemente? .....  No  Sí
- ¿Su niño o familia está asegurada por Medi-cal o recibe asistencia del gobierno (WIC, CHDP)? .....  No  Sí

### CÓMO EVITAR LA TUBERCULOSIS (TB)

- ¿Hay alguien que vive en su casa o una niñera o un empleado de limpieza que alguna vez ha obtenido resultados positivos de una prueba cutánea de TB o TB activa? .....  No  Sí
- ¿Usted o alguien que vive en su casa ha viajado recientemente fuera de EE.UU. a un país en vías de desarrollo (América Central o del Sur, Asia o África)? .....  No  Sí
- ¿Su niño ha recibido una vacuna BCG (una vacuna contra la tuberculosis que a veces se administra en otros países)? .....  No  Sí
- ¿Su familia alguna vez ha vivido en un refugio para desamparados? .....  No  Sí
- ¿Su niño o alguien en su casa nació fuera de EE.UU.? .....  No  Sí
- ¿Su niño ha vivido fuera de EE.UU. más de un mes? .....  No  Sí

¿Hay algo más que le gustaría tratar hoy? \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre: \_\_\_\_\_