



Health Questionnaire 8 to 12 Years Old

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!

Imprint Area

Date:

SAFETY

- Does your child use a seat belt for every ride? Yes No
- Have you taught your child safe street-crossing: stop at the curb, look both ways, then walk across the street? Yes No
- Does your child use a helmet for all bicycling, scooter riding and skating? Yes No
- Do you have smoke or fire detectors in the house? Yes No
- Do you check them regularly? Yes No
- Do you have a plan for escape from the house if there is an earthquake or fire? Yes No
- Do you keep a gun in your home? No Yes
If yes, do you unload and lock up your gun when not in use? Yes No
- Does your child know how to swim? Yes No
- Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence? No Yes
- Has your child ever been molested or sexually abused? No Yes

HEALTH

- Does your child use sunscreen if he/she will be in the sun for more than 10 minutes? Yes No
- Have you told your child about the dangers of smoking and chewing tobacco? Yes No
- Have you told your child about the dangers of drinking alcohol and using drugs? Yes No
- Has your child had all three shots for the Hepatitis B (liver infection) vaccine? Yes No
- Has your child had chicken pox or the chicken pox vaccine? Yes No
- Does your child brush and floss his/her teeth every day? Yes No
- Does your child visit the dentist every year? Yes No
- Does your child have a TV in his/her bedroom? No Yes
- Have any of your child's parents or grandparents had a heart attack or stroke before they were 55 years old? 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 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)? 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

8 a 12 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

- ¿Su niño usa un cinturón de seguridad cada vez que viaja en automóvil? Sí No
- ¿Le ha enseñado a su niño cómo cruzar la calle con seguridad: parar en la orilla de la acera, mirar en ambas direcciones y después cruzar la calle?..... Sí No
- ¿Su niño usa un casco cada vez que anda en bicicleta, en *scooter* o patina? Sí No
- ¿Tiene detectores de humo o incendio en la casa?..... Sí No
- ¿Los revisa regularmente? Sí No
- ¿Tiene un plan para escapar de la casa en caso de un terremoto o un incendio? Sí No
- ¿Tiene usted una pistola en su hogar?..... No Sí
- Si contestó sí ¿la descarga y guarda bajo llave cuando no la está usando? Sí No
- ¿Su niño sabe nadar?..... Sí No
- ¿Su niño ha sido víctima de actos de abuso o violencia o los ha presenciado?..... No Sí
- ¿Su niño ha sido acosado o abusado sexualmente? No Sí

LA SALUD

- ¿Le pone a su niño protector solar cuando él o ella está bajo el sol por más de 10 minutos?..... Sí No
- ¿Le ha hablado a su niño acerca de los peligros de fumar y masticar tabaco? Sí No
- ¿Le ha hablado a su niño acerca de los peligros de beber alcohol y usar drogas? Sí No
- ¿Su niño ha recibido las tres inyecciones para la vacuna contra la Hepatitis B (infección del hígado)? Sí No
- ¿Su niño ha tenido la varicela o ha recibido la vacuna contra la varicela? Sí No
- ¿Su niño se cepilla los dientes y usa hilo dental todos los días? Sí No
- ¿Su niño visita al dentista cada año? Sí No
- ¿Su niño tiene un televisor en su habitación? No Sí
- ¿Alguno de los padres o abuelos de su niño ha sufrido un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular antes de cumplir los 55 años? 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 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: _____

