

12 MONTH WELL CHECK HEALTH QUESTIONNAIRE



This information is confidential.

Your answers help your physician or nurse practitioner choose the best topics to discuss with you at this visit. Skip any questions that you don't understand or that do not apply.

PHONE: _____

What does your child like to do? Do you have any questions or concerns?

Have you signed up to receive our Healthy Kids Online newsletter? No Yes

1. Do you feed your child Vitamin D whole cow's milk (full fat)? No Yes

2. Do you avoid feeding your child foods that he or she may choke on (nuts, hard or jelly candies, popcorn, raw vegetables)? No Yes

3. Do you limit juice to less than 6 ounces per day? No Yes

4. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day? No Yes

5. Have you started weaning your child from the bottle? No Yes

6. Do you watch your child at all times around water (like a pool, hot tub, or bucket)? No Yes

7a. Do you have a swimming pool or hot tub in your backyard? Yes No

7b. Is there a childproof fence around it? No Yes

8. Do you know what to do if your child is choking? No Yes

9. Does your child always ride in a car seat in the back seat? No Yes

10. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No

11. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, surgeries, changes, or stresses for your family or child? If yes, please list: Yes No

12. Please list any medications your child is taking: _____

13. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No

14. Do you brush your child's teeth with water every day? No Yes

15. 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? Yes No

16. Does your child receive Medi-Cal or other government assistance (WIC)? Yes No

17. Has anyone who lives in your house or a baby sitter ever had a positive TB (tuberculosis) skin test or active TB? Yes No

18. Were you (or any household member) born outside of the United States, or have you recently traveled to a developing country (Central or South America, Asia, or Africa)? Yes No

19. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No

20. Do you play and read with your child every day? No Yes

21. Does your child play pat-a-cake? No Yes

22. Does your child walk with support? No Yes

23. Does your child pick up small objects with thumb and pointer finger? No Yes

24. Does your child say words? No Yes

25a. Is your child in day care? Yes No

25b. Who else takes care of your child? _____

26. Has your child ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)? Yes No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

Parent signature: _____ Date: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 12 MESES

Esta información es confidencial.

Sus respuestas ayudarán a que su médico o enfermera especializada seleccione los mejores temas para comentar con usted en esta visita. Ignore las preguntas que no entienda o que no le correspondan.

PHONE: _____

Qué le gusta hacer a su hijo? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Le da usted a su niño leche entera de vaca (con toda la grasa) con vitamina D? No Sí
2. ¿Evita darle a su bebé alimentos con los que se pueda atragantar (tales como nueces, dulces duros o blandos, palomitas de maíz, verduras crudas)? No Sí
3. ¿Limita el jugo a menos de 6 onzas diarias? No Sí
4. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma gotas de flúor todos los días? No Sí
5. ¿Ha empezado a destetar a su niño del biberón? No Sí
6. ¿Vigila a su niño todo el tiempo cuando está cerca del agua (por ejemplo, una piscina, tina de agua caliente, cubetas de agua)? No Sí
- 7a. ¿Tiene una piscina o tina de agua caliente en su jardín? Sí No
- 7b. ¿Hay una cerca segura para niños a su alrededor? No Sí
8. ¿Sabe qué hacer si su niño se está atragantando? No Sí
9. ¿Coloca siempre a su niño en una silla de auto mirando hacia atrás en el asiento trasero? No Sí
10. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fuma? Sí No
11. Desde su último examen de niño saludable, ¿ha habido alguna enfermedad, hospitalización, cirugía, cambios o razones de estrés IMPORTANTES para su familia o para su niño? En caso afirmativo, enumere: Sí No
12. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su niño: _____
13. ¿Tiene su niño alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
14. ¿Cepilla los dientes de su niño con agua todos los días? No Sí
15. ¿Vive su niño o pasa tiempo en una casa construida antes de 1978 y que tenga pintura que se esté pelando o que esté desconchada o que haya sido renovada recientemente? Sí No
16. ¿Tiene su niño Medi-Cal u otra ayuda del gobierno (tal como WIC)? Sí No
17. ¿Ha tenido alguien que viva en su casa o que cuide a su niño una prueba de la piel de tuberculosis positiva o una tuberculosis activa? Sí No
18. ¿Nació usted (o cualquier miembro del hogar) fuera de los Estados Unidos, o ha viajado usted recientemente a un país en desarrollo (América Central o del Sur, Asia o África)? Sí No
19. ¿Ha vivido su niño fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? Sí No
20. ¿Juega con su niño y le lee todos los días? No Sí
21. ¿Juega su niño a las tortillitas? No Sí
22. ¿Camina su niño con apoyo? No Sí
23. ¿Puede su niño recoger cosas pequeñas con el pulgar y el dedo índice? No Sí
24. ¿Dice su niño algunas palabras? No Sí
- 25a. ¿Está su niño en una guardería? Sí No
- 25b. ¿Quién más cuida a su niño? _____
26. ¿Ha tenido su niño alguna vez una reacción a una vacuna (como por ejemplo fiebre alta)? Sí No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Firma del padre o la madre/Parent signature: _____ Fecha/Date: _____

Sign: _____