

4 TO 5 YEAR 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 do you do when your child disagrees with you? Do you have any questions?

1. Does your child eat 5 or more servings of vegetables and fruits every day? No Yes
2. Do you limit chips, candy, and juice or soda (less than 1/2 cup a day)? No Yes
3. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops or tablets every day? No Yes Don't know
4. Does your child play hard – breathing harder and heart going faster – for at least 60 minutes a day? No Yes
5. Do you store all guns in your home unloaded and locked up? No Yes I don't have guns
6. Does your child wear a helmet when riding on bikes, skates, and scooters, every time? No Yes
7. Does your child sit in a car seat or booster seat in the back seat for every car ride? No Yes
8. Do you watch your child at all times around water (like a pool or hot tub)? No Yes
9. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
10. 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
11. Please list any medications your child is taking: _____
12. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
13. Does your child see a dentist twice a year? No Yes
14. Does your child have blood relatives who have had heart problems (heart attack, stroke, or bypass surgery before age 55 for men or 65 for women)? This includes your child's aunts, uncles, parents or grandparents. Yes No
15. Are you concerned about your child's weight? Yes No
16. Do you limit screen time (TV, computers and video games) to 1 to 2 hours a day? No Yes
17. Has anyone who lives in your house or who cares for your child 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 put sunscreen on your child for sun exposure longer than 10 minutes? No Yes
21. Can your child hop on one foot? No Yes
22. Does your child know some colors and shapes? No Yes
23. Does your child have any temper tantrums or behavior problems? Yes No
24. Can your child tell a story that is easy to understand? No Yes
25. Can your child draw a happy face? No Yes
26. Does your child live with both parents? No Yes
27. Is your child in day care or preschool? Who else takes care of your child? No Yes
28. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?** No Yes
29. 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 4 A 5 AÑOS

IMPRINT AREA

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 hace cuando su hijo no está de acuerdo con usted? ¿Tiene alguna pregunta?

1. ¿Come su hijo 5 o más porciones de verduras y frutas todos los días? No Sí
2. ¿Limita el consumo de papitas, dulces y jugo o refresco (a menos de 1/2 taza al día)? No Sí
3. ¿Su hijo bebe agua con flúor o toma gotas o tabletas de flúor todos los días? No Sí
 No sé
4. ¿Juega su hijo con intensidad (respira más fuerte y el corazón late más rápido) por lo menos durante 60 minutos al día? No Sí
5. ¿Guarda todas sus armas descargadas y bajo llave? No Sí
 No tengo armas
6. ¿Usa siempre su hijo un casco cuando anda en bicicleta, patinetas y monopatines? No Sí
7. ¿Usa su hijo un asiento de seguridad o un asiento elevado (booster seat) en el asiento trasero cada vez que anda en auto? No Sí
8. ¿Vigila a su hijo todo el tiempo cuando está cerca del agua (como una piscina o jacuzzi)? No Sí
9. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar donde hay fumadores? Sí No
10. Desde la última revisión de niño sano, ¿ha tenido su hijo o algún miembro de su familia una enfermedad, una hospitalización, una cirugía, algún cambio o estrés IMPORTANTES? Si responde Sí, indíquelos: Sí No
11. Por favor indique todos los medicamentos que toma su hijo:
12. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si responde sí, indíquelo(s): Sí No
13. ¿Consulta su hijo a un dentista dos veces al año? No Sí
14. ¿Tiene su hijo algún pariente directo con problemas cardíacos (ataque al corazón, derrame cerebral o cirugía de bypass antes de los 55 años en los hombres, y de los 65 años en las mujeres? Aquí se incluyen las tías, los tíos, los padres y los abuelos del niño. Sí No
15. ¿Le preocupa el peso de su hijo? Sí No
16. ¿Limita el tiempo que pasa frente al televisor, con la computadora y con los videojuegos a 1 ó 2 horas al día? No Sí
17. ¿Alguna de las personas que vive en su hogar o que cuida a su hijo han tenido un resultado positivo en una prueba de la piel de tuberculosis (TB) o bien tienen tuberculosis activa? Sí No
18. ¿Nació usted (o cualquier miembro de su hogar) fuera de los Estados Unidos, o ha viajado recientemente a un país en vías de desarrollo (América Central o del Sur, Asia o África)? Sí No
19. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? Sí No
20. ¿Le pone crema con protección solar a su hijo cuando se expone al sol durante más de 10 minutos? No Sí
21. ¿Puede su hijo saltar sobre un pie? No Sí
22. ¿Reconoce su hijo algunos colores y formas? No Sí
23. ¿Tiene su hijo rabietas o problemas de comportamiento? Sí No
24. ¿Puede su hijo relatar una historia que es fácil de entender? No Sí
25. ¿Puede su hijo dibujar una cara sonriente? No Sí
26. ¿Vive su hijo con ambos padres? No Sí
27. ¿Va su hijo a una guardería infantil o a preescolar? No Sí
¿Qué otras personas cuidan a su hijo?
28. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?** No Sí
29. ¿Ha tenido su hijo una reacción alérgica a una vacuna (por ejemplo, fiebre alta)? Sí No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

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