

# 5 TO 6 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 does your child do after school everyday? Do you have any questions or concerns?

1. Does your child eat at least 5 servings of vegetables and fruits every day?  No  Yes
2. Do you limit crackers, chips, sweets, and juice or soda (less than 1/2 cup per day)?  No  Yes
3. Are you concerned about your child's weight?  Yes  No
4. Does your child play hard – breathing harder and heart going faster – for at least 60 minutes a day?  No  Yes
5. Do you limit screen time (TV, computers and video games) to no more than 1 to 2 hours a day?  No  Yes
6. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops or tablets every day?  No  Yes  Don't know
7. Do you let your child cross the street alone?  Yes  No
8. Does your child wear a helmet for all riding on bikes, skates, and scooters, every time?  No  Yes
9. Does your child sit in a car seat or booster seat in the back seat for every car ride?  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. 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. 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
16. 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
17. Has your child lived outside the U.S. for more than one month?  Yes  No
18. Is your child "potty" trained, and does he or she stay dry through the night?  No  Yes
19. Can your child count to 10?  No  Yes
20. Can your child draw a person with head, body, arms, and legs?  No  Yes
21. Can your child dress him or herself without help?  No  Yes
22. Can your child tell a clearly understandable story?  No  Yes
23. Can your child listen to a short story that you read aloud?  No  Yes
24. Can your child print his/her first name?  No  Yes
25. Does your child live with both parents? Who else lives in your home?  No  Yes
26. Is your child in kindergarten, or school? What grade? Who else takes care of your child?  No  Yes
27. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?**  No  Yes
28. 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 5 A 6 AÑOS

## 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 su hijo todos los días después de la escuela? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Come su hijo por lo menos 5 porciones de verduras y frutas todos los días?  No  Sí
2. ¿Limita el consumo de galletas saladas, papitas, golosinas y jugos o refrescos (a menos de 1/2 taza al día)?  No  Sí
3. ¿Le preocupa el peso de su hijo?  Sí  No
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. ¿Limita el tiempo frente al televisor, con los videojuegos y con la computadora a 1 ó 2 horas al día como máximo?  No  Sí
6. ¿Su hijo bebe agua con flúor o toma gotas o tabletas de flúor todos los días?  No  Sí  
 No sé
7. ¿Deja que su hijo cruce la calle solo?  Sí  No
8. ¿Usa su hijo siempre un casco cuando anda en bicicleta, patinetas y monopatines?  No  Sí
9. ¿Se sienta su hijo en una silla para auto o en una silla elevada en el asiento trasero cada vez que viaja en auto?  No  Sí
10. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fuma?  Sí  No
11. Desde su último examen del 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 indique todos los medicamentos que toma su hijo:
13. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si responde sí, indíquelo(s):  Sí  No
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. ¿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
16. ¿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
17. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes?  Sí  No
18. ¿Sabe su hijo usar el baño (potty trained), y no se orina durante la noche?  No  Sí
19. ¿Puede su hijo contar hasta 10?  No  Sí
20. ¿Puede su hijo dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas?  No  Sí
21. ¿Puede vestirse su hijo sin ayuda?  No  Sí
22. ¿Puede su hijo relatar una historia con claridad?  No  Sí
23. ¿Puede su hijo escuchar una historia corta que usted le lee en voz alta?  No  Sí
24. ¿Puede su hijo escribir con letra de imprenta su primer nombre?  No  Sí
25. ¿Vive su hijo con ambos padres?  
¿Quién más vive en su hogar?  No  Sí
26. ¿Va su hijo a un jardín de niños o a la escuela?  
¿A qué grado?  
¿Qué otras personas cuidan de su hijo?  No  Sí
27. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico  
Newsletters for Parents?**  No  Sí
28. ¿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

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

Sign: \_\_\_\_\_