

6 TO 8 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:

How is your child doing in school? Do you have any questions or concerns?

1. Does your child eat 5 or more servings of vegetables and fruits every day? No Yes
2. Does your child use a booster seat/seat belt in the back seat for every car ride? No Yes
3. Do you limit crackers, chips, sweets, and juice or soda (less than 1/2 cup per day)? No Yes
4. Are you concerned about your child's weight? Yes No
5. Do you limit screen time (TV, computers and video games) to no more than 1 to 2 hours a day? No Yes
6. Do you check TV programs for sex and violence and monitor which websites your child visits on the computer? No Yes
7. Does your child have a TV in his or her bedroom? Yes No
8. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops or tablets every day? No Yes Don't know
9. Do you have smoke detectors in your home and check them regularly? No Yes
10. Does your child wear a helmet for all riding on bikes, skates, and scooters? No Yes
11. Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence? Yes No
12. Do you have a fire or earthquake escape plan? No Yes
13. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
14. 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
15. Please list any medications your child is taking:
16. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
17. Does your child see a dentist twice a year? No Yes
18. 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
19. Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? Yes No
20. 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
21. 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
22. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No
23. Does your child play hard – breathing harder and heart going faster – for at least 60 minutes a day? No Yes
24. Does your child ever wet the bed at night? Yes No
25. Does your child live with both parents? Who else lives in your home? No Yes
26. What school and grade is your child in:
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 6 A 8 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: _____

¿Cómo le va a su hijo en la escuela? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Come su hijo 5 o más porciones de verduras y frutas todos los días? No Sí
2. ¿Usa su hijo un asiento elevado (booster seat)/cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez que anda en auto? No Sí
3. ¿Limita el consumo de galletas saladas, papitas, golosinas y jugos o refrescos (a menos de 1/2 taza al día)? No Sí
4. ¿Le preocupa el peso de su hijo? Sí No
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. ¿Supervisa que los programas de televisión que ve no tengan escenas de sexo o violencia, y revisa las páginas de Internet que visita su hijo con la computadora? No Sí
7. ¿Tiene su hijo un televisor en su dormitorio? Sí No
8. ¿Su hijo bebe agua con flúor o toma gotas o tabletas de flúor todos los días? No Sí
 No sé
9. ¿Tiene detectores de humo en su hogar? ¿Los revisa frecuentemente? No Sí
10. ¿Usa su hijo un casco cuando anda en bicicleta, patinetas y monopatines? No Sí
11. ¿Ha sido su hijo alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia? Sí No
12. ¿Tiene un plan de escape en caso de incendio o terremoto? No Sí
13. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar donde hay fumadores? Sí No
14. 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: _____
15. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo: _____
16. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Sí No
Si responde Sí, indíquelos: _____
17. ¿Consulta su hijo a un dentista dos veces al año? No Sí
18. ¿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
19. ¿Recibe su hijo atención de la salud de otra persona además de su médico (por ejemplo, un acupunturista, un experto en hierbas, un curandero u otro sanador)? Sí No
20. ¿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
21. ¿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
22. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? Sí No
23. ¿Juega su hijo con intensidad (respira más fuerte y el corazón late más rápido) por lo menos durante 60 minutos al día? No Sí
24. ¿Moja su hijo alguna vez la cama durante la noche? Sí No
25. ¿Vive su hijo con ambos padres?
¿Quién más vive en su hogar? _____
26. ¿A qué escuela va y en qué grado está su hijo?
27. ¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico
Newsletters for Parents? No Sí
28. ¿Ha tenido su hijo una reacción 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: _____