

# 8 TO 10 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. Do you limit crackers, chips, sweets, and juice or soda (less than 1 cup or can per 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. Do you have smoke detectors in your home and check them regularly?  No  Yes
5. Does your child wear a helmet for all riding on bikes, skates, and scooters?  No  Yes
6. Does your child use a seat belt and sit in the back seat for every car ride?  No  Yes
7. Do you store all guns in your home unloaded and locked up?  No  Yes  I don't have guns
8. Does your child spend time in a home where anyone smokes?  Yes  No
9. 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
10. Please list any medications your child is taking: \_\_\_\_\_
11. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list:  Yes  No
12. Does your child see a dentist twice a year?  No  Yes
13. 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
14. 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
15. 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
16. Has your child lived outside the U.S. for more than one month?  Yes  No
17. Does your child participate in any organized sports? If yes, please list:  No  Yes
18. Does your child play hard – breathing harder and heart going faster – for at least 60 minutes a day?  No  Yes
19. Do you limit screen time (TV, computers and video games) to no more than 1 to 2 hours a day?  No  Yes
20. Do you check TV programs for sex and violence and monitor which websites your child visits on the computer?  No  Yes
21. Have you talked to your child about puberty (body changes) and sex?  No  Yes
22. Have you talked to your child about alcohol, drugs, and smoking?  No  Yes
23. Does your child live with both parents? Who else lives in your home?  No  Yes
24. What school and grade is your child in: \_\_\_\_\_
25. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?**  No  Yes
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 8 A 10 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. ¿Limita el consumo de galletas, papitas, golosinas y jugos o refrescos (a menos de una taza o lata 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. ¿Tiene detectores de humo en casa y los revisa regularmente?  No  Sí
5. ¿Usa su hijo un casco siempre que anda en bicicleta, en patines o en patineta?  No  Sí
6. ¿Usa su hijo un cinturón de seguridad y se sienta en el asiento trasero cada vez que viaja en auto?  No  Sí
7. ¿Guarda usted todas las armas de fuego en la casa descargadas y bajo llave?  No  Sí  
 No tengo armas
8. ¿Pasa su hijo tiempo en una casa donde alguien fume?  Sí  No
9. 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:
10. Por favor indique todos los medicamentos que toma su hijo:
11. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si responde sí, indíquelo(s):  Sí  No
12. ¿Ve su hijo al dentista dos veces al año?  No  Sí
13. ¿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
14. ¿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
15. ¿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
16. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes?  Sí  No
17. ¿Practica su hijo algún deporte organizado? Si responde sí, indíquelo(s):  No  Sí
18. ¿Juega su hijo con intensidad (respira más fuerte y el corazón late más rápido) por lo menos durante 60 minutos al día?  No  Sí
19. ¿Limita el tiempo frente al televisor, con los videojuegos y con la computadora a 1 ó 2 horas al día como máximo?  No  Sí
20. ¿Comprueba que no haya escenas de sexo o violencia en los programas de televisión y supervisa las páginas de Internet que visita su hijo con la computadora?  No  Sí
21. ¿Ha hablado con su hijo acerca de la pubertad (cambios corporales) y acerca del sexo?  No  Sí
22. ¿Ha hablado con su hijo acerca del alcohol, drogas y el cigarrillo?  No  Sí
23. ¿Vive su hijo con ambos padres?  
¿Quién más vive en su casa?  No  Sí
24. ¿En qué escuela y en qué grado se encuentra su hijo?
25. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?**  No  Sí
26. ¿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

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

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