

10 TO 12 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?

Have you signed up to receive our Healthy Kids and Healthy Teens Online newsletters for parents?

No Yes

1. Does your child eat 5 servings of fruits and vegetables every day? No Yes
2. Do you limit crackers, chips, sweets, and juice or soda (less than 12 ounces per day)? No Yes
3. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride tablets every day? No Yes
4. Has your child ever witnessed or been a victim of violence or molestation? Yes No
5. Do you store all guns in your home unloaded and locked up? No Yes
 I don't have guns
6. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
7. 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
8. Please list any medications your child is taking: _____
9. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
10. Does your child see a dentist twice a year? No Yes
11. Does your child use sunscreen when in the sun for longer than 10 minutes? No Yes
12. Have any of your child's parents or grandparents had a heart attack or stroke (before age 55 for men or 65 for women)? Yes No
13. Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? Yes No
14. Has anyone who lives in your house or a baby sitter 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 play hard (exercise) for at least 30-60 minutes every day? No Yes
18. Does your child play any sports? If yes, please list: No Yes
19. Do you limit TV, video games, and time on the computer to one hour per day or less? No Yes
20. Have you talked to your child about puberty (body changes) and sex? No Yes
21. Do you have concerns that your child may have tried alcohol, drugs, or smoking? Yes No
22. For female patients: Has your daughter started menstruating (had her "period")? Yes No
23. Does your child live with both parents? No Yes
24. What school and grade is your child in: _____
25. Has your child had chicken pox or received the chicken pox vaccine? 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 10 A 12 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 niño 5 porciones de frutas y verduras diariamente? No Sí
2. ¿Limita usted las galletas, papas fritas, dulces y jugos/bebidas gaseosas (a menos de 12 onzas diarias)? No Sí
3. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma tabletas de flúor todos los días? No Sí
4. ¿Ha sido su niño testigo o víctima de violencia o de abuso? Sí No
5. ¿Guarda usted todas las armas de fuego en la casa descargadas y bajo llave? No Sí
 No tengo armas de fuego
6. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fume? Sí No
7. 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
8. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su niño:
9. ¿Tiene su niño alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
10. ¿Ve su niño al dentista dos veces al año? No Sí
11. ¿Usa su niño una loción protectora solar para una exposición solar de más de 10 minutos? No Sí
12. ¿Ha tenido alguno de los padres o abuelos de su niño un ataque al corazón o un derrame antes de los 55 años en los hombres y 65 en las mujeres?
13. ¿Recibe su niño cuidado de salud de alguien más además que un doctor en medicina (tal como un acupunturista, herbalista, curandero u otro sanador)? Sí No
14. ¿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
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 niño fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? Sí No
17. ¿Hace su niño ejercicio fuerte en el juego por lo menos de 30 a 60 minutos diarios? No Sí
18. ¿Participa su niño en algún deporte? En caso afirmativo, enumere: No Sí
19. ¿Limita usted la T.V. los juegos de video y el tiempo de computadora a 1 hora diaria o menos? No Sí
20. ¿Ha hablado con su niño acerca de la pubertad (cambios corporales) y acerca del sexo? No Sí
21. ¿Le preocupa que su niño haya probado el alcohol, drogas o el cigarrillo? Sí No
22. Para las pacientes del sexo femenino: ¿Ha empezado ya su hija a menstruar (la "regla")? Sí No
23. ¿Vive su niño con ambos padres? No Sí
24. ¿En qué escuela y en qué grado se encuentra su niño?
25. ¿Ha tenido su niño varicela o ha sido vacunado contra la varicela? No Sí
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: _____