

# 3 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 are some new things your child is doing? Do you have any questions or concerns?

1. Do you offer your child 5 servings of fruits and vegetables 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 watch your child at all times around water (bathtubs, pools, or hot tubs)?  No  Yes
6. Do you keep all medications, house cleaning products, and poisons in a locked cabinet out of sight?  No  Yes
7. Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?  Yes  No
8. Does your child ride in a car seat in the back seat for every ride?  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. Has your child seen a dentist?  No  Yes
14. Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)?  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. Do you use "time-out" when your child misbehaves?  No  Yes
19. Is your child potty trained?  No  Yes
20. Do you limit screen time (TV, computers and video games) to 1 to 2 hours a day?  No  Yes
21. Does your child have a TV in his or her bedroom?  Yes  No
22. Can your child copy a circle?  No  Yes
23. Can your child talk in understandable sentences?  No  Yes
24. Does your child know his or her name, age, and sex?  No  Yes
25. Can your child pedal a tricycle?  No  Yes
26. Does your child live with both parents? Who else lives in your home?  No  Yes
27. Is your child in day care or preschool? Who else takes care of your child?  Yes  No
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 3 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 cosas nuevas está haciendo su hijo? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Le ofrece a su hijo 5 porciones de frutas y verduras 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. ¿Vigila a su hijo todo el tiempo cuando está cerca del agua (como una bañera, piscina o jacuzzi)?  No  Sí
6. ¿Guarda todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y productos venenosos en gabinetes cerrados y fuera del alcance de la vista?  No  Sí
7. ¿Ha sido su hijo alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia?  Sí  No
8. ¿Va su hijo siempre en un asiento de seguridad en el asiento trasero del automóvil?  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, indíquelo:  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. ¿Ha consultado su hijo a un dentista?  No  Sí
14. ¿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
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 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
17. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos durante más de un mes?  Sí  No
18. ¿Pone a su hijo en penitencia (time out) cuando se porta mal?  No  Sí
19. ¿Sabe su hijo usar el baño?  No  Sí
20. ¿Limita el tiempo que pasa frente al televisor, con la computadora y con los videojuegos a 1 ó 2 horas al día?  No  Sí
21. ¿Tiene su hijo un televisor en su dormitorio?  Sí  No
22. ¿Puede su hijo copiar un círculo?  No  Sí
23. ¿Puede su hijo hablar con oraciones comprensibles?  No  Sí
24. ¿Sabe su hijo su nombre, edad y sexo?  No  Sí
25. ¿Puede su hijo pedalear un triciclo?  No  Sí
26. ¿Vive su hijo con ambos padres?  
¿Quién más vive en su hogar?  No  Sí
27. ¿Va su hijo a una guardería infantil o a preescolar?  
¿Qué otras personas cuidan de su hijo?  Sí  No
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: \_\_\_\_\_