

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 crackers, chips, candy, and juice or soda (less than 6 ounces per day)? No Yes
3. Does your child drink any water with fluoride (tap water or with filter, bottled water) or take fluoride drops every day? No Yes
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 (like a pool, hot tub, or bucket)? 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 always ride in a car seat in the back seat? 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: Listed None
12. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Listed None
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 a baby sitter 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 behaves badly? 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 their 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 preschool? Who else takes care of your child? Yes No
28. **Have you signed up to receive our *Healthy Kids* online newsletter?** 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 diariamente? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ¿Limita usted las galletas, papas fritas, dulces y jugos/bebidas gaseosas (a menos de 6 onzas diarias)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. ¿Bebe su hijo agua con fluoruro (agua del grifo o con filtro, agua embotellada) o toma gotas o tabletas de fluoruro? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. ¿Juega su hijo con intensidad (respira más fuerte y el corazón late más rápido) por lo menos durante 60 minutos al día? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ¿Vigila a su hijo todo el tiempo cuando está cerca del agua (como en una piscina, una bañera o una cubeta)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 6. ¿Guarda todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y productos venenosos en gabinetes cerrados y fuera del alcance de la vista? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ¿Ha sido su hijo alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Va su hijo siempre en un asiento de seguridad en el asiento trasero del automóvil? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 9. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar donde hay fumadores? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo: | <input type="checkbox"/> Lista <input type="checkbox"/> Ninguno |
| 12. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si responde Sí, indíquelo: | <input type="checkbox"/> Lista <input type="checkbox"/> Ninguno |
| 13. ¿Ha consultado su hijo a un dentista? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Alguna de las personas que vive en su hogar o una niñera han tenido un resultado positivo en una prueba de la piel de tuberculosis (TB) o bien tienen tuberculosis activa? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 17. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 18. ¿Pone a su hijo en penitencia (time out) cuando se porta mal? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 19. ¿Sabe su hijo usar el baño? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 20. ¿Limita el tiempo que pasa frente al televisor, con la computadora y con los videojuegos a 1 ó 2 horas al día? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 21. ¿Tiene su hijo un televisor en el dormitorio? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 22. ¿Puede su hijo copiar un círculo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 23. ¿Puede su hijo hablar con oraciones comprensibles? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 24. ¿Sabe su hijo su propio nombre, edad y sexo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 25. ¿Puede su hijo pedalear un triciclo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 26. ¿Vive su hijo con ambos padres?
¿Quién más vive en su hogar? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 27. ¿Va su hijo a una guardería infantil o a preescolar?
¿Qué otras personas cuidan de su hijo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 28. ¿Se ha inscrito para el boletín electrónico <i>Healthy Kids</i> ? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 29. ¿Ha tenido su hijo una reacción alérgica a una vacuna (por ejemplo, fiebre alta)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

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