

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?

Have you signed up to receive our Healthy Kids Online newsletter? No Yes

CLINIC COUNSELING

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 or take fluoride drops or tablets? No Yes
4. Do you watch your child at all times around water (like a pool or hot tub)? No Yes
5. Do you keep all medications, house cleaning products, and poisons in a locked cabinet out of sight? No Yes
6. Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence? Yes No
7. Does your child always ride in a car seat in the back seat? No Yes
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. Has your child seen a dentist? No Yes
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. Do you use "time-out" when your child behaves badly? No Yes
18. Is your child "potty" trained? No Yes
19. Do you limit TV and video games to one hour per day or less? No Yes
20. Can your child copy a circle? No Yes
21. Can your child talk in understandable sentences? No Yes
22. Does your child know his or her name, age, and sex? No Yes
23. Can your child pedal a tricycle? No Yes
24. Does your child live with both parents?
Who else lives in your home? No Yes
25. Is your child in day care or preschool?
Who else takes care of your child? Yes No
26. Has your child ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)? Yes No

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: _____ Date: _____

Sign: _____

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 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 6 onzas diarias)? No Sí
3. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma gotas de flúor todos los días? No Sí
4. ¿Vigila a su niño todo el tiempo cuando está cerca de agua? (por ejemplo, una piscina, una tina de agua caliente o un balde con agua) No Sí
5. ¿Mantiene usted todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y venenos bajo llave en un gabinete fuera de la vista? No Sí
6. ¿Ha sido su niño testigo o víctima de abuso o violencia? Sí No
7. ¿Viaja siempre su niño en una silla de auto en el asiento trasero? No Sí
8. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fuma? 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: Sí No
10. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su niño:
11. ¿Tiene su niño alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
12. ¿Ha visto su niño a un dentista? No Sí
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 que su niño tome un "tiempo aparte" cuando se porta mal? No Sí
18. ¿Sabe su niño ir al baño por su cuenta? No Sí
19. ¿Limita usted la T.V. y los juegos de video a 1 hora diaria o menos? No Sí
20. ¿Puede su niño copiar un círculo? No Sí
21. ¿Puede su niño expresarse en oraciones entendibles? No Sí
22. ¿Sabe su niño su nombre, edad y sexo? No Sí
23. ¿Puede su niño pedalear en un triciclo? No Sí
24. ¿Vive su niño con ambos padres?
¿Quién más vive en su casa? No Sí
25. ¿Va su niño a una guardería o a un establecimiento preescolar?
¿Quién más cuida a su niño? Sí No
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: _____