

# 4-5 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 do you do when your child disagrees with you? Do you have any questions?

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 store all guns in your home unloaded and locked up?  No  Yes  
 I don't have guns
5. Does your child wear a helmet for all riding on bikes, skates, and scooters?  No  Yes
6. Does your child sit in a car seat or booster seat in the back seat for every car ride?  No  Yes
7. Do you watch your child at all times around water (like a pool or hot tub)?  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. Does your child see a dentist twice a year?  No  Yes
13. 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
14. Are you concerned with your child's weight?  Yes  No
15. Do you limit TV and video games to one hour per day or less?  No  Yes
16. Has anyone who lives in your house or a baby sitter ever had a positive TB (Tuberculosis) skin test or active TB?  Yes  No
17. Were you (or any household members) born outside of the United States, or have you recently traveled to a developing country (Central or South America, Asia, or Africa)?  Yes  No
18. Has your child lived outside the U.S. for more than one month?  Yes  No
19. Do you put sunscreen on your child for sun exposure longer than 10 minutes?  No  Yes
20. Can your child hop on one foot?  No  Yes
21. Does your child know some colors and shapes?  No  Yes
22. Does your child have any temper tantrums or behavior problems?  Yes  No
23. Can your child tell a story?  No  Yes
24. Does your child live with both parents?  No  Yes
25. Is your child in day care or preschool?  Yes  No  
Who else takes care of your child? \_\_\_\_\_
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

Parent signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

# CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 4 A 5 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 hace cuando su hijo no está de acuerdo con usted? ¿Tiene alguna pregunta?**

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 o tabletas de flúor todos los días?  No  Sí
4. ¿Guarda usted todas las armas de fuego en la casa descargadas y bajo llave?  No  Sí  
 No tengo armas de fuego
5. ¿Usa su niño un casco siempre que monta en bicicleta, en patines o en patineta?  No  Sí
6. ¿Se sienta su niño en una silla para auto o en una silla elevada en el asiento trasero cada vez que viaja en auto?  No  Sí
7. ¿Vigila a su niño todo el tiempo cuando está cerca de agua? (por ejemplo, una piscina, una tina de agua caliente)  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. ¿Ve su niño al dentista dos veces al año?  No  Sí
13. ¿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?  Sí  No
14. ¿Le preocupa el peso de su niño?  Sí  No
15. ¿Limita usted la T.V. y los juegos de video a 1 hora diaria o menos?  No  Sí
16. ¿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
17. ¿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
18. ¿Ha vivido su niño fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes?  Sí  No
19. ¿Le aplica a su niño loción protectora solar para una exposición solar de más de 10 minutos?  No  Sí
20. ¿Puede su niño saltar en un solo pie?  No  Sí
21. ¿Conoce su niño algunos colores y formas?  No  Sí
22. ¿Tiene su niño rabieta o problemas de comportamiento?  Sí  No
23. ¿Puede su niño contar un cuento?  No  Sí
24. ¿Vive su niño con ambos padres?  No  Sí
25. ¿Asiste su niño a una guardería o a un establecimiento preescolar?  Sí  No  
¿Quién más cuida a su niño?
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: \_\_\_\_\_