

5-6 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 does your child do after school every day? Do you have any questions or concerns?

- 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 6 ounces per day)? No Yes
- 3. Are you concerned with your child's weight? Yes No
- 4. Does your child play hard (exercise) for 30-60 minutes every day? No Yes
- 5. Do you limit TV and video games to one hour per day or less? No Yes
- 6. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride tablets every day? No Yes
- 7. Do you let your child cross a street alone? Yes No
- 8. Does your child wear a helmet for all riding on bikes, skates, and scooters? No Yes
- 9. Does your child sit in a car seat or booster seat in the back seat for every car ride? No Yes
- 10. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
- 11. 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
- 12. Please list any medications your child is taking: _____
- 13. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
- 14. 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
- 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 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
- 17. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No
- 18. Is your child "potty" trained, and does he or she stay dry through the night? No Yes
- 19. Can your child count to 10? No Yes
- 20. Can your child draw a person with head, body, arms, and legs? No Yes
- 21. Can your child dress him or herself without help? No Yes
- 22. Can your child tell a story? No Yes
- 23. Does your child live with both parents?
Who else lives in your home? _____ No Yes
- 24. Is your child in day care, preschool, or school?
What grade? _____
Who else takes care of your child? _____ Yes No
- 25. 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 5 A 6 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 su hijo todos los días después de 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 6 onzas diarias)? No Sí
3. ¿Le preocupa el peso de su niño? Sí No
4. ¿Hace su niño ejercicio fuerte en el juego por lo menos de 30 a 60 minutos diarios? No Sí
5. ¿Limita usted la T.V. y los juegos de video a 1 hora diaria o menos? No Sí
6. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma tabletas de flúor todos los días? No Sí
7. ¿Le permite a su niño cruzar la calle solo? Sí No
8. ¿Usa su niño un casco siempre que monta en bicicleta, en patines o en patineta? No Sí
9. ¿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
10. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fuma? Sí No
11. 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
12. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su niño:
13. ¿Tiene su niño alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
14. ¿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
15. ¿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
16. ¿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
17. ¿Ha vivido su niño fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? Sí No
18. ¿Sabe su niño ir al baño por la noche (permanece seco)? No Sí
19. ¿Puede su niño contar hasta 10? No Sí
20. ¿Puede su niño dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas? No Sí
21. ¿Se puede su niño vestirse sin ayuda? No Sí
22. ¿Puede su niño contar un cuento? No Sí
23. ¿Vive su niño con ambos padres?
¿Quién más vive en su casa? No Sí
24. ¿Asiste su niño a una guardería o a un establecimiento preescolar o a una escuela?
¿En qué grado?
¿Quién más cuida a su niño? Sí No
25. ¿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

Sign: _____

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