

6-8 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: _____

How is your child doing in school? Do you have any questions or concerns?

1. Does your child eat 5 servings of fruits and vegetables every day? No Yes
2. Does your child use a booster seat/seat belt in the back seat for every car ride? No Yes
3. Do you limit crackers, chips, sweets, and juice or soda (less than 6 ounces per day)? No Yes
4. Are you concerned about your child's weight? Yes No
5. Do you limit TV, video games, and time on the computer to one hour per day or less? No Yes
6. Do you check TV programs for sex and violence? No Yes
7. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride tablets every day? No Yes
8. Do you have smoke detectors in your home and check them regularly? No Yes
9. Does your child wear a helmet for all riding on bikes, skates, and scooters? No Yes
10. Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence? Yes No
11. Do you have a fire or earthquake escape plan? No Yes
12. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
13. 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
14. Please list any medications your child is taking: _____
15. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
16. Does your child see a dentist twice a year? No Yes
17. 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
18. Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? Yes No
19. Has anyone who lives in your house or a baby sitter ever had a positive TB (Tuberculosis) skin test or active TB? Yes No
20. 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
21. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No
22. Does your child play hard (exercise) for at least 30-60 minutes every day? No Yes
23. Does your child ever wet the bed at night? Yes No
24. Does your child live with both parents?
Who else lives in your home? No Yes
25. What school and grade is your child in: _____
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

Sign: _____

Parent signature: _____ Date: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 6 A 8 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. ¿Usa su niño una silla elevada/cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez que viaja en auto? No Sí
3. ¿Limita usted las galletas, papas fritas, dulces y jugos/bebidas gaseosas (a menos de 6 onzas diarias)? No Sí
4. ¿Le preocupa el peso de su niño? Sí No
5. ¿Limita usted la T.V. los juegos de video y el tiempo de computadora a 1 hora diaria o menos? No Sí
6. ¿Revisa que los programas de T.V. no contengan sexo y violencia? No Sí
7. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma tabletas de flúor todos los días? No Sí
8. ¿Tiene detectores de humo en casa y los revisa regularmente? No Sí
9. ¿Usa su niño un casco siempre que monta en bicicleta, en patines o en patineta? No Sí
10. ¿Ha sido su niño testigo o víctima de abuso o de violencia? Sí No
11. ¿Tiene un plan de escape en caso de fuego o de un terremoto? No Sí
12. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fume? Sí No
13. 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
14. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su niño:
15. ¿Tiene su niño alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
16. ¿Ve su niño al dentista dos veces al año? No Sí
17. ¿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
18. ¿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
19. ¿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
20. ¿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
21. ¿Ha vivido su niño fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? Sí No
22. ¿Hace su niño ejercicio fuerte en el juego por lo menos de 30 a 60 minutos diarios? No Sí
23. ¿Se orina alguna vez su niño en la cama por la noche? Sí No
24. ¿Vive su niño con ambos padres? No Sí
¿Quién más vive en su casa?
25. ¿En qué escuela y en qué grado se encuentra 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: _____