

8-10 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?

CLINIC COUNSELING

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 12 ounces per day)? No Yes
3. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride tablets every day? No Yes
4. Do you have smoke detectors in your home and check them regularly? No Yes
5. Does your child wear a helmet for all riding on bikes, skates, and scooters? No Yes
6. Does your child use a seat belt and sit in the back seat for every car ride? No Yes
7. Do you store all guns in your home unloaded and locked up? No Yes
 I don't have guns
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. 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 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
16. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No
17. Does your child play any sports? If yes, please list: No Yes
18. Does your child play hard (exercise) for at least 30-60 minutes every day? No Yes
19. Do you limit TV, video games, and time on the computer to one hour per day or less? No Yes
20. Have you talked to your child about puberty (body changes) and sex? No Yes
21. Have you talked to your child about alcohol, drugs, and smoking? No Yes
22. Does your child live with both parents?
Who else lives in your home? _____
23. What school and grade is your child in: _____
24. Has your child had chickenpox or received the chicken pox vaccine? No Yes
25. 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 8 A 10 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: _____

¿Cómo le va a su hijo en 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 12 onzas diarias)? No Sí
3. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma tabletas de flúor todos los días? No Sí
4. ¿Tiene detectores de humo en casa y los revisa regularmente? No Sí
5. ¿Usa su niño un casco siempre que monta en bicicleta, en patines o en patineta? No Sí
6. ¿Usa su niño un cinturón de seguridad y se sienta en el asiento trasero cada vez que viaja en auto? No Sí
7. ¿Guarda usted todas las armas de fuego en la casa descargadas y bajo llave? No Sí
 No tengo armas de fuego
8. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fume? 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. ¿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. ¿Practica su niño algún deporte? En caso afirmativo: No Sí
18. ¿Hace su niño ejercicio fuerte en el juego por lo menos de 30 a 60 minutos diarios? No Sí
19. ¿Limita usted la T.V, juegos de video y el tiempo de computadora a 1 hora diaria o menos? No Sí
20. ¿Ha hablado con su niño acerca de la pubertad (cambios corporales) y acerca del sexo? No Sí
21. ¿Ha hablado con su niño acerca del alcohol, drogas y el cigarrillo? No Sí
22. ¿Vive su niño con ambos padres? No Sí
¿Quién más vive en su casa?
23. ¿En qué escuela y en qué grado se encuentra su niño?
24. ¿Ha tenido su niño varicela o ha sido vacunado contra la varicela? No Sí
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

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

Sign: _____