

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de visita: \_\_\_\_\_

## Actualizaciones Generales De Salud General Health Updates

¿Quién está llenando este formulario? <i>Who is completing this form?</i>	<input type="checkbox"/> Mamá <i>Mom</i> <input type="checkbox"/> Papá <i>Dad</i> <input type="checkbox"/> Otro <i>Other:</i>
¿Alguna pregunta, inquietud o problema, que quiera decimos hoy? <i>Any questions, concerns, or problems you want to discuss today?</i>	
¿Alguna novedad sobre la salud del paciente? (nuevas condiciones, cirugías, etc.) <i>Any updates to the patient's health? (i.e. new conditions, surgeries, etc.)</i>	
¿Alguna información sobre la salud familiar y el estado familiar o social que debemos tener en cuenta? <i>Any family health, family status or social updates we should be aware of?</i>	
¿Alguna preocupación sobre su desarrollo, aprendizaje o comportamiento? <i>Any concerns about development, learning or behavior?</i>	
¿Quién vive con el paciente? <i>Who lives with the patient?</i>	
¿Ha estado expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico? <i>Any smoke or e-cigarette exposure?</i>	
¿Algo más que quiera compartir? (logros, momentos de orgullo, etc.) <i>Anything else you want to share? (milestones, proud moments, etc.)</i>	

## Desarrollo Development

La siguiente sección se utiliza para asegurarse de que ellos se están desarrollando normalmente. Cada conjunto de logros generalmente es alcanzable en un 75% por los niños de la misma edad. Por favor, hable con su proveedor si tiene preguntas o inquietudes. *The following section is used to make sure they are developing normally. Each set of milestones are generally achievable by 75% of children of the same age. If you have questions/concerns, please talk to your provider.*

<p>Si están cerca de los <b>5 años</b>, compruebe las cosas que pueden hacer la mayor parte del tiempo <i>If they are nearest 3 years, check the items they can do most of the time:</i></p>	<input type="checkbox"/> Escucha bien y sigue instrucciones sencillas <i>Listens well and follows simple directions</i> <input type="checkbox"/> Sigue las reglas o se turna cuando juega con otros niños <i>Follows rules or takes turns when playing games with other children</i> <input type="checkbox"/> Hace que haceres sencillos en casa, como emparejar las medias o limpiar la mesa después de comer <i>Does simple chores at home, like matching socks or clearing the table after eating</i> <input type="checkbox"/> Mantiene una conversación con más de tres intercambios de ida y vuelta <i>Keeps a conversation going with more than three back-and-forth exchanges</i> <input type="checkbox"/> Cuenta hasta 10 <i>Counts to 10</i> <input type="checkbox"/> Usa palabras sobre el tiempo, como "ayer," "mañana," "de mañana," o "noche" <i>Uses words about time, like "yesterday," "tomorrow," "morning," or "night"</i>	<input type="checkbox"/> Presta atención de 5 a 10 minutos durante actividades. Por ejemplo, durante la hora del cuento o manualidades (el tiempo de pantalla no cuenta) <i>Pays attention for 5 to 10 minutes during activities. For example, during story time or making arts and crafts (screen time does not count)</i> <input type="checkbox"/> Escribe algunas letras de su nombre <i>Writes some letters in their name</i> <input type="checkbox"/> Nombra algunas letras cuando usted se las señala <i>Names some letters when you point to them</i> <input type="checkbox"/> Se pone algunos botones <i>Buttons some buttons</i> <input type="checkbox"/> Brinca en un pie <i>Hops on one foot</i>
--	---	---

## Chequeo de Salud Infantil: 5-6 años

<p>Si están cerca de los <b>6 años</b>, compruebe las cosas que pueden hacer la mayor parte del tiempo:</p>	<input type="checkbox"/> Salta <i>Skips</i> <input type="checkbox"/> Escucha bien y sigue instrucciones sencillas <i>Listens well and follows simple directions</i> <input type="checkbox"/> Copia/Dibuja cuadrados y triángulos <i>Copies squares, triangles</i> <input type="checkbox"/> Escribe algunas letras y números <i>Writes some letters and numbers</i> <input type="checkbox"/> Puede recitar el alfabeto <i>Can recite alphabet</i>	<input type="checkbox"/> Puede atrapar una pelota pequeña (como una pelota de tenis) usando solamente las manos <i>Can catch a small ball (like a tennis ball) using only hands</i> <input type="checkbox"/> Puede mantener el equilibrio en un pie por 10 segundos o más si se le da más de tres oportunidades <i>Can balance on one foot for 10 seconds or more given three chances</i> <input type="checkbox"/> Puede decir su nombre y apellido <i>Can say their first/last name</i> <input type="checkbox"/> Sabe el número de teléfono y dirección <i>Knows phone number/address</i>
---	--	---

### Detección de riesgos de salud Health Risk Screening

Dependiendo de sus respuestas, las siguientes preguntas podrían ayudar a su proveedor a completar pruebas/exámenes adicionales. Si tiene preguntas con respecto a la detección de riesgos para la salud, hágaselas a su proveedor.

En el último año, ¿Ha visto a un oftalmólogo/doctor de la vista? <i>Have they seen an eye doctor in the last year?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación con respecto al oído? <i>Do you have concerns about their hearing?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación por niveles bajos de hierro o anemia? <i>Do you have any concerns about low iron levels or anemia?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente a alguno de sus padres con niveles altos de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que esté tomando medicamento para el colesterol? <i>Does the patient have a parent with elevated blood cholesterol level (≥240 mg/dL) or who is taking cholesterol medication?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <i>Unknown</i>

### Vida Familiar Family Life

¿Existen obstáculos que le impidan pasar tiempo interactuando con ellos cada día? <i>Are there barriers that prevent you from spending time each day interacting with them?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Alguien en casa o en la familia tiene problemas con las drogas o el alcohol? <i>Does anyone in the home/family have problems with drugs or alcohol?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazar <i>Decline</i>

### Nutrición Nutrition

¿Tiene preguntas o inquietudes sobre qué y cómo comen? <i>Do you have concerns or questions about what or how they are eating?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Comen juntos en familia? <i>Do you eat together as a family?</i>	<input type="checkbox"/> Siempre <i>Always</i> <input type="checkbox"/> Algunas veces <i>Sometimes</i> <input type="checkbox"/> Nunca <i>Never</i>
¿Beben jugos? <i>Do they drink juice?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Con qué frecuencia beben cafeína, soda u otras bebidas azucaradas? <i>How often do they drink caffeine, soda or other sugary drinks?</i>	<input type="checkbox"/> Diariamente <i>Daily</i> <input type="checkbox"/> Semanalmente <i>Weekly</i> <input type="checkbox"/> Raramente <i>Rarely</i> <input type="checkbox"/> Nunca <i>Never</i>

### Salud Oral Oral Health

Actualmente, ¿hay alguien en casa que tenga caries? <i>Does anyone in the house have current dental decay/cavities?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <i>Unknown</i>
¿Usan fluoruro adicional o beben agua que contiene fluoruro? <i>Do they take extra fluoride OR drink water that contains fluoride?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <i>Unknown</i>
¿Se cepillan los dientes dos veces al día? <i>Do they brush their teeth twice a day?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Está interesado en aplicarse fluoruro durante esta visita? <i>Are you interested in having fluoride varnish applied during this visit?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás <i>Maybe</i>
¿Tienen un dentista al que van regularmente? <i>Do they have a dentist they go to regularly?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No

## Chequeo de Salud Infantil: 5-6 años

### Dormir Sleep

El sueño saludable es importante para el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje. Los bebés y niños pequeños pueden dormir de 15 a 18 horas al día, mientras que los niños en edad escolar deben dormir más de 10 horas al día. No recomendamos tener una pantalla en su dormitorio; ya que esto puede afectar su sueño.

¿Tiene alguna preocupación sobre la cantidad o la calidad del sueño de ellos? *Do you have any concerns about the amount or quality of their sleep?*  Sí Yes  No

### Actividad / Tiempo Frente A La Pantalla Activity & Screen Time

¿Se mantiene el paciente enérgicamente activo por lo menos una hora al día? *Is the patient vigorously active for at least one hour a day?*  Sí Yes  No

¿El paciente pasa más de dos horas al día frente a una pantalla que no está relacionada con el trabajo de la escuela? *Does the patient spend more than two hours a day in front of a screen that is not related to schoolwork?*  Sí Yes  No

### Escuela School

El aprendizaje y la socialización son una parte crítica del desarrollo y las habilidades aprendidas en la escuela, las cuales continuarán siendo usadas a lo largo de la vida. Si tiene alguna inquietud específica hable con su proveedor y asegúrese de mencionar si el paciente está en un programa de IEP o en un 504 como apoyo adicional. *Learning and socialization are a critical part of development and the skills learned there will continue to be used throughout their life. Talk to your provider if you have any specific concerns, make sure to mention if the patient is on an IEP or has a 504 for extra support.*

¿En que grado estan en la escuela, y a que escuela asisten?  
*What grade are they in/what school do they go to?*

¿Les gusta la escuela? *Do they enjoy school?*  Sí Yes  No

¿Tiene alguna preocupación sobre las relaciones y participación de ellos en la escuela? *Do you have any concerns about their relationships and involvement at school?*  Sí Yes  No

¿Tienen ellos alguna dificultad de aprendizaje en la escuela (como malas calificaciones o el apoyo establecido, como tutorías, programa IEP o 504)? *Do they have any learning difficulties at school (such as poor grades or support already in place like tutoring, an IEP or 504)?*  Sí Yes  No

### Seguridad Safety

¿Tiene preguntas sobre qué hacer cuando les queda pequeño el asiento de seguridad que usan cuando viajan en el vehículo? *Do you have any questions about what to do when they outgrow their current car safety seat?*  Sí Yes  No

Regularmente ¿usa bloqueador solar? *Do you use sunscreen regularly?*  Sí Yes  No

¿Tiene preguntas sobre cómo mantenerlos seguros cuando están cerca del agua? *Do you have questions about how to keep them safe around water?*  Sí Yes  No

¿Usan casco cada vez que montan bicicleta, monopatín, patineta, esquí/snowboard? *Do they wear a helmet every time they ride a bike, scooter, skateboard, ski/snowboard?*  Sí Yes  No

¿Tiene preguntas sobre cómo demostrar un comportamiento seguro alrededor de mascotas y animales? *Do you have any questions about how to demonstrate safe behavior around pets and animals?*  Sí Yes  No

Si tiene armas en su casa, ¿están guardadas en un lugar seguro (bajo llave y con las municiones guardadas por separado)? *If you have guns in your home, are they stored safely (locked with ammunition stored separately)?*  Sí Yes  No  No Aplica

¿Ha hablado con ellos acerca de qué hacer cuando encuentren un arma? *Have you talked to them about what to do if they encounter a gun?*  Sí Yes  No

¿Ha hablado con ellos sobre los límites personales y les ha dicho que acudan a usted si algo inapropiado sucede? *Have you talked to them about personal boundaries and asked them to come to you if something inappropriate happens?*  Sí Yes  No