

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 decirnos 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>	

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>
¿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>

Chequeo de Salud Infantil: 9-10 años

Salud Oral Oral Health

¿Tienen alguna carie en este momento? *Do they have any current dental decay/cavities?* Sí Yes No No lo sé Unknown

¿Usan fluoruro adicional o beben agua que contiene fluoruro? *Do they take extra fluoride OR drink water that contains fluoride?* Sí Yes No No lo sé Unknown

¿Se cepillan los dientes dos veces al día? *Do they brush their teeth twice a day?* Sí Yes No

¿Está interesado en aplicarse fluoruro durante esta visita? *Are you interested in having fluoride varnish applied during this visit?* Sí Yes No Quizás Maybe

¿Tienen un dentista al que van regularmente? *Do they have a dentist they go to regularly?* Sí Yes No

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? *Any concerns?* 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.

¿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? *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

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? *Talked about personal boundaries and asked them to come to you if something inappropriate happens?* Sí Yes No

¿Ha hablado con ellos sobre el uso apropiado y seguro de las redes sociales y el internet? *Have you talked with them about safe and appropriate use of social media/internet?* Sí Yes No

Sexuality

¿Les hablado de cómo el cuerpo les cambiará durante la pubertad? *Have you talked to them about how their body will change during puberty?* Sí Yes No