

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 5 Años:

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo/a. Esto ayudará a que el doctor pueda dedicar más tiempo a conversar sobre aquellos temas específicos que le preocupen. Por favor complete **AMBOS LADOS**.

- | | | | |
|--|-------------|--------|----------------------|
| ¿Puede su hijo/a saltar o brincar? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede sostener bien un crayón o un lápiz? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede andar en bicicleta? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede dibujar una persona con cara, cuerpo y miembros? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede dibujar números o letras? | Sí | No | Duda |
| ¿Habla en oraciones completas? | Sí | No | Duda |
| ¿Conoce por lo menos cuatro colores? | Sí | No | Duda |
| ¿Reconoce la mayoría de las letras? | Sí | No | Duda |
| ¿Juega cooperativamente? | Sí | No | Duda |
| ¿Juega juegos de imaginación/invención? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede explicar el uso de una pelota o un zapato? | | | |
| ¿Cuántas onzas de leche toma su hijo/a en 24 horas? | _____ onzas | entera | poca grasa sin grasa |
| ¿Cuántas onzas de jugo/gaseosa toma en 24 horas? | _____ onzas | | |
| ¿Come carne (por ejemplo, pescado, pollo, carne de res, cerdo)? | Sí | No | Duda |
| En un día típico, ¿tiene su hijo/a menos de dos horas frente a la pantalla? (TV, videojuegos, computadora, etc.) | Sí | No | Duda |
| ¿Está su hijo/a entrenado/a para ir al baño durante el día y a la noche? | Sí | No | Duda |
| ¿Usa usted generalmente crema protectora del sol para su hijo/a cuando está afuera? | Sí | No | Duda |
| ¿Usa su hijo/a un casco cuando anda en triciclo o bicicleta? | Sí | No | Duda |
| ¿Su hijo/a se cepilla los dientes solo/a? | Sí | No | Duda |
| ¿Lleva a su hijo/a al dentista regularmente? | Sí | No | Duda |
| ¿Le parece que su hijo/a estará listo/a para jardín de infantes (kindergarten)? | Sí | No | Duda |
| ¿Hay armas en su casa, o en cualquier casa que su hijo/a visite regularmente? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene su hijo/a acceso a una piscina en la casa? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene alguna otra preocupación con respecto a la seguridad de su casa? | Sí | No | Duda |
| ¿Qué preocupaciones tiene? | _____ | | |

POR FAVOR DE VUELTA LA PAGINA

Nombre del Niño/a: _____

¿Quién cuida a su hijo/a durante el día? _____

¿El agua de la canilla de su casa tiene fluoruro? Sí No Duda

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento o suplemento, incluyendo vitaminas? Si es así, por favor enumere abajo:

Evaluación de Riesgo de Exposición/Infección de Tuberculosis:

¿Tiene algún contacto o miembro de la familia que haya tenido tuberculosis? Sí No

¿Ha tenido algún familiar un examen de piel positivo para la tuberculosis? Sí No

¿Nació su hijo/a en un país de alto riesgo? (Países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o países europeos occidentales) Sí No

¿Ha viajado su hijo/a a un país de alto riesgo por más de una semana, o ha tenido contacto con gente viviendo en un país de alto riesgo por más de una semana? (Países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o países europeos occidentales) Sí No

Evaluación de Riesgo de perfil anormal de lípidos (como colesterol alto):

¿Tuvo alguno de los padres o abuelos de su hijo/a una enfermedad significativa de corazón antes de los 55 años de edad (ataque de corazón, derrame cerebral, angioplastia, angina o cirugía de derivación cardiaca (bypass))? Sí No Duda

¿Tiene alguno de los padres del niño/a un nivel de colesterol de 240 o más alto? Sí No Duda

El examen de colesterol también puede ser considerado en cualquier individuo que está sobrepeso, no hace mucho ejercicio, o tiene presión alta o diabetes.

¿Le preocupa algo sobre el desarrollo de su hijo/a, o tiene alguna otra preocupación sobre la que quisiera conversar con su doctor? Sí No

Si es así, ¿qué preocupaciones tiene?