

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

**Visita de 4 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 en un pie?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Se puede vestir solo/a (incluyendo los botones)?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Puede dibujar una persona con tres partes del cuerpo?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Puede usar tijeras?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Sabe por lo menos 4 colores?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Reconoce la mayoría de las letras?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Sabe su hijo/a su nombre y apellido?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Juega cooperativamente con otros niños?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Se entretiene con juegos de invención e imaginación?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Pueden personas extrañas entenderle a su hijo/a cuando habla?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Cuántas onzas de leche toma en 24 horas?  | _____ onzas | entera | poca grasa sin grasa |
| ¿Cuántas onzas de jugo 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?  | 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 usted a su hijo/a al dentista regularmente?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Piensa 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 visita 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                 |

Si es así, ¿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?***