

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

3 – 4 años (3 – 4 Years)

Nombre del niño (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que llena el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:
Nutrition

1	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
2	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
3	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
4	¿Su hijo bebe más de una taza pequeña (taza de 4 a 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about child's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
10	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
11	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
12	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
13	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>

Physical Activity

Safety

14	Cuando su hijo está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
15	¿Su hijo siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia adelante, en el asiento de atrás? <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su hijo? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Se fija usted siempre que no haya niños al retroceder en el automóvil al salir de su cochera? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
18	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
19	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
20	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
22	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
23	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
24	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: