

Información Sobre la Salud (14 Años de Edad)

CONSUMO

- ¿Cuántas onzas de leche toma su hijo/a al día? _____ Onzas ¿Tipo de leche? _____
- ¿Cuántas veces por día le ofrece comida a su hijo/a? _____ ¿Cuántos snacks por día? _____
- ¿Cuántas porciones al **DIA** come su hijo/a de: _____ Queso _____ Yogurt
- ¿Cuántas porciones al **DIA** come su hijo/a de: _____ Frutas _____ Vegetales _____ Granos enteros
- ¿Cuántas porciones a la **SEMANA** come su hijo/a de: _____ Carne _____ Frijoles _____ Nueces _____ Huevos _____ Pescado
- ¿Cuántas onzas al **DIA** su hijo/a toma de: _____ Jugo _____ Refresco
- ¿Qué tan seguido come dulces su hijo/a? 15 >x/sem 8-14x/sem <8x/sem

OUTPUT

- ¿Cuántas veces al día su hijo/a hace popo? _____ ¿Cuál es la consistencia? _____
- ¿Ha visto sangre en la popo de su hijo/a? Sí No

SUEÑO

- ¿Hay Televisión o computadora en el cuarto de su hijo/a? Sí No
- ¿Su hijo/a ve televisión o usa electrónicos antes de irse a dormir? Si No
- ¿Su hijo/a lee antes de irse a dormir? Si No
- Entre semana: Hora de dormir _____ pm Hora que despierta _____ am
- Fin de semana: Hora de dormir _____ pm Hora que despierta _____ am
- ¿Algún problema para dormir? Si No Explique: _____

SEGURIDAD

- ¿Qué usa su hijo/a en el carro? Si No
- ¿Su hijo/a usa casco? Sí No

GUARDERIA/ESCUELA

- ¿Quién está con su hijo/a la mayoría de tiempo? Mamá Papá Miembro de familia Solo
- Nombre de la escuela: _____ ¿Qué grado? _____
- ¿Cómo están sus calificaciones? _____ Preocupaciones: _____
- ¿Qué quiere ser su hijo/a cuando sea grande? _____

DESARROLLO/COMPORTAMIENTO

- Describa el temperamento de su hijo/a _____
- ¿Cómo disciplina a su hijo/a cuando lo necesita? _____

OTRO

- ¿Cuántas horas de televisión o electrónicos su hijo/a ve al día? Días de escuela _____ hrs Días de no escuela _____ hrs
- ¿Cuántos minutos al día su hijo/a hace actividad física? 0-15min 15-30min 30-60min
- ¿En qué actividades/pasatiempos participa su hijo/a? _____
- ¿Cuántas veces por día se cepilla los dientes su hijo/a? _____ ¿Usa hilo dental? _____ por semana
- ¿Cuándo fue la última visita de su hijo/a con el dentista? _____ ¿Algunas caries? Si No
- Lista de medicamentos que su hijo/a toma: _____
- ¿Necesita una prescripción de algún medicamento que se le haya terminado? _____
- Preocupaciones: _____

Lista de Síntomas Pediátricos

Pediatric Symptom Checklist – PSC

Indique cual sintoma mayor describe a su hijo/a:

	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente
1. Es inquieto(a) intranquilo/a, impaciente?	_____	_____	_____
2. Se siente triste, infeliz, preocupado/a	_____	_____	_____
3. Sueña despierto muy seguido	_____	_____	_____
4. Se rehusa a compartir	_____	_____	_____
5. No comprende los sentimientos de otros	_____	_____	_____
6. Se siente sin esperanzas	_____	_____	_____
7. Tiene problemas para concentrarse	_____	_____	_____
8. Pelea con otros niños	_____	_____	_____
9. Se siente mal de sí mismo(a)	_____	_____	_____
10. Culpa a otros de sus problemas	_____	_____	_____
11. Se divierte menos que antes	_____	_____	_____
12. No respeta las reglas	_____	_____	_____
13. Es muy activo(a), tiene mucha energia	_____	_____	_____
14. Molesta o se burla de otros	_____	_____	_____
15. Se preocupa mucho	_____	_____	_____
16. Toma/agarra cosas que no le pertenecen	_____	_____	_____
17. Se distrae fácilmente	_____	_____	_____

Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?

_____ No _____ Sí

Pediatric Symptom Checklist – Patient

Please mark under the heading that best fits you:

Never Sometimes Often

- | | | | |
|--|-------|-------|-------|
| 1. Fidgety, unable to sit still..... | _____ | _____ | _____ |
| 2. Feels sad, unhappy..... | _____ | _____ | _____ |
| 3. Daydreams too much..... | _____ | _____ | _____ |
| 4. Refuses to share..... | _____ | _____ | _____ |
| 5. Does not understand others people's feelings..... | _____ | _____ | _____ |
| 6. Feels hopeless..... | _____ | _____ | _____ |
| 7. Has trouble concentrating..... | _____ | _____ | _____ |
| 8. Fights with other children..... | _____ | _____ | _____ |
| 9. Is down on him or herself..... | _____ | _____ | _____ |
| 10. Blames others for his or her troubles..... | _____ | _____ | _____ |
| 11. Seems to have less fun..... | _____ | _____ | _____ |
| 12. Does not listen to rules..... | _____ | _____ | _____ |
| 13. Acts as if driven by a motor..... | _____ | _____ | _____ |
| 14. Teases others..... | _____ | _____ | _____ |
| 15. Worries a lot..... | _____ | _____ | _____ |
| 16. Takes things that do not belong to him or her..... | _____ | _____ | _____ |
| 17. Distracted easily..... | _____ | _____ | _____ |

Cuestionario de Menstruación

***(Para mujeres, completar si ya empezó la menstruación)**

¿Cuándo empezaste tu periodo por primera vez? _____ años

¿Cuándo fue tu último periodo? _____

¿Qué tan seguido tienes tu periodo? Cada _____ días

¿Cuántos días dura tu periodo? _____ días

¿Cómo es el flujo? (abundante, moderado, ligero) _____

¿Te dan dolores? ___ Siempre ___ A veces ___ Nunca

¿Los dolores son severos? ___ Si ___ No

¿Qué te ayuda a mejorar el dolor? (Tomar medicina, paños tibios, etc.) _____

¿Qué usas? ___ Tampons ___ Pads ___ los dos

¿Sabes del síndrome de Shock Tóxico y su causa? ___ Si ___ No