

# Información Sobre la Salud (10 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

- ¿Dónde duerme su hijo/a?     Cuarto de padres  Su cuarto     Hermano/a
- ¿Su hijo/a tiene una rutina para dormir?  Sí  No    ¿Le lee a su bebe antes de dormir?  Sí  No
- ¿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
- ¿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
- ¿Dónde se sienta su hijo/a?  Asiento de atrás  Asiento de Adelante

## GUARDERIA/ESCUELA

- ¿Quién está con su bebe la mayoría de tiempo?  Mamá  Papá  Niñera  Familiar
- 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 bebe (feliz, inquieto, calmado, etc.) \_\_\_\_\_
- ¿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
- ¿Qué tipo de agua tiene en casa?  Ciudad  Community well  Personal well  Agua de botella
- ¿Toma agua de la llave?     Sí  No
- Lista de medicamentos que su hijo/a toma: \_\_\_\_\_
- ¿Necesita una prescripción de algún medicamento que se le haya terminado? \_\_\_\_\_
- Preocupaciones: \_\_\_\_\_

# Lista de Sintomas Pediatricos

## 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