

Información Sobre la Salud (7 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
- ¿Su hijo/a se hace en la cama del baño? Sí No
- ¿Algún problema para dormir? Si No Explique: _____

SEGURIDAD

- ¿Qué usa su hijo/a en el carro? Booster Asiento de Carro Nada
- ¿Su hijo/a usa casco? Sí No

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: _____

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
- Cuando 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