

CUESTIONARIO
“MANTENGA A SU NIÑO SALUDABLE”
Niños de 0 a 3 años

Patient Stamp	
_____	_____
Patient Number	Plan Name/Number
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

Nombre y apellido del niño	Fecha de Nacimiento	Sexo	Fecha	<i>For Clinical Use</i>
		Niño Niña		
Nombre de la persona que llena el cuestionario	Parentesco con el niño			Assistance needed:
	Padre/Madre	Tutor legal	Otro	Reading: Yes No
	Pariente	Amigo		Interpreter: Yes No
<i>El equipo médico de su niño y usted pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta o no desea contestar, puede marcar (✓) “omita”. Puede hablar con su proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Sus respuestas serán confidenciales y serán parte de su expediente médico.</i>				Annual Review Date/Initials
<i>Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Va a su niño a la guardería?</i>				Interventions Code/Date/Initials
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
En su casa:				
1. ¿Tiene un detector de humo que funcione?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
2. ¿El agua que sale de la llave es lo bastante caliente como para quemar a su niño?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
3. Si usted tiene un segundo piso, ¿tiene rejas en las ventanas y en las escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita	
4. ¿Están los productos de limpieza, medicinas y cerillos o fósforos en un armario cerrado bajo llave?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
5. ¿Tiene jarabe de Ipecac (una medicina para provocar el vómito) y el número de teléfono del Control de Envenenamientos?				
Usted:				
6. ¿Siempre acuesta a su niño boca arriba, si es menor de 12 meses de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
7. ¿Alguna vez acuesta a su niño con un biberón con jugo, leche o refresco?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita	
8. ¿Se asegura de cepillarle los dientes a su niño todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
9. ¿Siempre se queda con su niño cuando está en la bañera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
10. ¿Siempre pone a su niño en un asiento de seguridad para bebés en la parte de atrás del carro y le abrocha el cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
11. ¿Siempre camina alrededor de su carro para asegurarse que no hay niños, antes de manejar en reversa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

		<i>For Clinical Use</i>		
		Interventions		
		Code/Date/Initials		
Su niño:				
12.	¿Recibe atención medica de alguna persona aparte de un médico, como un curandero, un yerbatero, u otros?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
13.	¿Es alimentado con leche materna?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
14.	¿Toma fórmula, leche o yogur por lo menos 2 veces al día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
15.	¿Come frutas y verduras todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
16.	¿Come alimentos como nueces, palomitas de maíz, salchichas, uvas enteras o caramelos que podrían atragantarlo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
17.	¿Pasa tiempo en una casa o departamento donde hay una alberca o jacuzzi?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
18.	¿Pasa tiempo en una casa donde hay una pistola?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
19.	¿Pasa tiempo en una casa donde alguien fuma?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
20.	¿Pasa tiempo al aire libre sin usar loción, sombrero o camisa para protegerse contra el sol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
21.	¿Ha sido alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
22.	¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación relacionada con la salud de su niño? (Por favor escríbala) _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

Declaración sobre la Privacidad

La Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad (5 USC 552a, Subdivisión E (3)) exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.