

**CUESTIONARIO
“MANTENGA A SU NIÑO SALUDABLE”
Niños de 4 a 8 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 <small>Niño Niña</small>	Fecha	<i>For Clinical Use</i>
Nombre de la persona que llena el cuestionario	Parentesco con el niño <small>Padre/Madre Tutor legal Pariente Amigo Otro</small>			Assistance needed: Reading: Yes No 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: ¿Practica su niño deportes?</i>				Interventions Code/Date/Initials
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
1. En su casa: ¿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"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita	
3. ¿Tiene rejas en las ventanas del segundo piso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<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?				
Su niño:				
6. ¿Recibe atención médica 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	
7. ¿Va al dentista por lo menos una vez al año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
8. ¿Toma leche o yogur o come queso por lo menos 2 veces al día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
9. ¿Come por lo menos 5 porciones de frutas o verduras al día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
10. ¿Come solamente una cantidad limitada de alimentos fritos o comidas rápidas?	<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:				
11.	¿Participa en juegos activos 5 días a la semana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
12.	¿Necesita perder o aumentar de peso?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
13.	¿Algunas veces juega en la calle o sin supervisión en el jardín del frente de una casa o departamento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
14.	¿Usa el cinturón de seguridad siempre que van en carro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
15.	¿Usa un casco protector siempre que anda en bicicleta o en patineta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
16.	¿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
17.	¿Pasa tiempo en una casa donde hay una pistola?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
18.	¿Pasa tiempo en una casa donde alguien fuma?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
19.	¿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
20.	¿Ha sido alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
21.	¿Ha tenido algún problema en la casa o en la escuela?	<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.