

**CUESTIONARIO  
“MANTENGA A SU NIÑO SALUDABLE”  
Niños de 9 a 11 años**

<b>Patient Stamp</b>	
_____	_____
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 Niño    Niña	Fecha	<i>For Clinical Use</i>
Nombre de la persona que llena el cuestionario	Parentesco con el niño Padre/Madre    Tutor legal Pariente        Amigo                    Otro			<b>Assistance needed:</b> 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: ¿Va a su niño a la escuela?</i>	Sí	No	Omita	<b>Interventions Code/Date/Initials</b>
---	----	----	-------	---

1.	<b>Su niño:</b> ¿Recibe atención médica de alguna persona aparte de un médico, como un curandero, un yerbatero, u otros?				
2.	¿Va al dentista por lo menos una vez al año?	No	No	Omita	
3.	¿Toma leche o yogur por lo menos 3 veces al día?	Sí	Sí	Omita	
4.	¿Come por lo menos 5 porciones de frutas o verduras al día?	Sí	No	Omita	
5.	¿Come solamente una cantidad limitada de alimentos fritos o comidas rápidas?				
6.	¿Participa en juegos activos 5 días a la semana?	Sí	No	Omita	
7.	¿Necesita perder o aumentar de peso?	No	Sí	Omita	
8.	¿Se siente a menudo triste o deprimido?	Sí	No	Omita	
9.	¿Usa un casco protector siempre que anda en bicicleta o en patineta?	Sí	No	Omita	
10.	¿Usa el cinturón de seguridad siempre que va en carro?	Sí	No	Omita	
11.	¿Pasa tiempo en una casa donde hay una pistola?	Sí	No	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>		
		<b>Interventions</b>		
		<b>Code/Date/Initials</b>		
<b>Su niño:</b>				
12.	¿Pasa tiempo con amigos que llevan consigo una pistola, cuchillo, macana u otra arma?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
13.	¿Pasa tiempo en una casa donde alguien fuma?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
14.	¿Pasa tiempo al aire libre sin usar loción, sombrero o camisa para protegerse contra el sol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita
15.	¿Ha fumado alguna vez cigarrillos o masticado tabaco?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
16.	¿Ha tomado alguna vez alcohol como cerveza, vino, <i>wine coolers</i> o licor?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
17.	¿Ha fumado alguna vez marihuana, inhalado pegamento o usado otras drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
18.	¿Ha tenido amigos o familiares que tuvieron un problema con las drogas o el alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
19.	¿Ha comenzado a tener citas románticas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
20.	¿Ha empezado actividad sexual?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
21.	¿Ha sido abusado sexualmente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
22.	¿Ha sido testigo o víctima de abuso o violencia física?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
23.	¿Ha tenido algún problema en la casa o en la escuela?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita
24.	<b>¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación relacionada con la salud de su niño?</b> (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.