

# Cuestionario pre-consulta: 6 años de edad

**Instrucciones:** Favor de contestar las siguientes preguntas respecto a su hijo(a); marque con círculo o con una X la elección correcta. Esto nos ayuda a valorar la salud, desarrollo y seguridad de su hijo(a).

## Salud en general

1	¿Tiene alguna inquietud acerca de la salud de su niño?	NO	SÍ
2	¿Recibe atención médica de alguien aparte de un doctor en medicina (es decir, acupunturista, herborista, o naturópata)?	NO	SÍ

## Alimentación / Nutrición

3	¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	SÍ	NO
4	Cuando su hijo come granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?	SÍ	NO
5	¿Come o bebe el niño al menos entre 2 a 3 porciones de alimentos ricos en calcio al día (frijoles, verduras de hoja verde, leche, yogurt, queso)?	SÍ	NO
6	¿Come la familia comida chatarra (papitas, galletas, dulces) o comida rápida más que 2-3 veces por semana?	NO	SÍ
7	¿Toma el niño jugo, soda u otras bebidas azucaradas más que 1-2 veces por semana?	NO	SÍ
8	¿Su hijo come bocadillos más de 1 a 2 veces al día con alimentos que no sean frutas y verduras?	NO	SÍ
9	¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento?	NO	SÍ
10	¿Le preocupa el peso corporal del niño?	NO	SÍ

## Higiene bucal

11	¿Consulta el niño al dentista al menos dos veces al año?	SÍ	NO	
<b>Si su hijo no ha comenzado a ver a un dentista regularmente, responda las siguientes preguntas (#12-15):</b>				
12	¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	NO	SÍ	
13	¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día?	NO	SÍ	
14	¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURA
15	¿Le cepilla los dientes a su hijo con una pasta de dientes que contenga flúor (del tamaño de chicharo) dos veces al día?	SÍ	NO	

**Lípidos**

16 ¿Tiene el niño padres que hayan sufrido un derrame o ataque de corazón antes de haber cumplido 55 años de edad?	NO	SÍ
17 ¿Tiene el niño padre o madre o hermano con alto nivel de colesterol?	NO	SÍ

**Eliminación**

18 ¿Defeca regularmente el niño con heces blandas?	SÍ	NO
--	----	----

**Escuela**

19 ¿Está teniendo el niño problemas con su progreso en la escuela o con su capacidad de aprender?	NO	SÍ
20 ¿Está teniendo algún problema para estarse quieto o para concentrarse durante las actividades escolares?	NO	SÍ
21 ¿Está teniendo algún problema para llevarse bien con los maestros?	NO	SÍ
22 ¿Está teniendo el niño problemas relacionados a su felicidad, auto estima, o confianza en sí mismo?	NO	SÍ
23 ¿Está teniendo el niño problemas de relaciones con los demás (falta de amigos, o de acoso [bullying])?	NO	SÍ
24 ¿Cuenta el niño con un programa de educación individualizada (IEP) u otro plan de aprendizaje?	NO	SÍ

**Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla**

25 ¿Pasa el niño más de 2 horas 'de pantalla' al día (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
26 ¿Tiene el niño acceso a una pantalla desde la recámara?	NO	SÍ
27 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO
28 ¿Llevan a cabo actividades educativas en familia como ir a la biblioteca, al museo, o caminatas por la naturaleza?	SÍ	NO
29 ¿Se reúnen a la hora de comer para estar en familia?	SÍ	NO
30 ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta)	SÍ	NO
31 ¿Tiene su hijo dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido por la noche?	NO	SÍ
32 ¿Está su hijo durmiendo 9-11 horas por noche?	SÍ	NO

## Estresores sociales

33 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
34 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
35 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
36 ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos?	NO	SÍ	

## Seguridad

37 ¿Tiene usted reglas acerca de la seguridad con el Internet? ¿Tiene puestos los controles de los padres para sus hijos que usan Internet?	SÍ	NO	
38 ¿Tiene usted reglas en casa sobre abrir la puerta cuando tocan, o para contestar al teléfono?	SÍ	NO	
39 ¿Usa casco el niño cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve?	SÍ	NO	
40 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
41 ¿Hay un arma en la casa?	NO	SÍ	
a. En caso afirmativo (Sí), ¿está encerrada en una caja fuerte, con las municiones almacenadas por separado?	SÍ	NO	NO APLICA
42 Si su hijo tiene la piel clara, ¿se aplica protector solar si está afuera al sol durante más de 15 a 30 minutos?	SÍ	NO	NO APLICA
43 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO	
44 ¿Usa el niño un asiento para niños (como "booster seat") a dentro del carro?	SÍ	NO	
45 ¿Tiene usted un plan de escape en caso de incendio?	SÍ	NO	

## Tuberculosis

46 ¿Ha padecido tuberculosis (TB) uno de sus familiares o contactos?	NO	SÍ
47 ¿Ha resultado positivo alguna vez uno de sus familiares con la prueba de piel (PPD)?	NO	SÍ
48 ¿Nació el niño en un país de alto riesgo (que no son EE.UU., Canadá, Australia, o Europa occidental)?	NO	SÍ
49 ¿Ha viajado el niño a algún país de alto riesgo durante más de un mes?	NO	SÍ

## Repaso de sistemas

50 ¿Alguna inquietud sobre los hábitos para comer del niño, pérdida de peso, o falta de energía?	NO	SÍ
51 ¿Tiene el niño problemas para dormir, como ronquido excesivo?	NO	SÍ
52 ¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido de la vista del niño?	NO	SÍ
53 ¿Tiene el niño infecciones recurrentes (frecuentes) de oído, garganta, o sangrado de nariz?	NO	SÍ
54 ¿Tiene el niño dolor de pecho, falta de aire, o ritmo cardiaco irregular?	NO	SÍ
55 ¿Le preocupa a usted la respiración del niño o algo pulmonar?	NO	SÍ
56 ¿Se queja el niño por dolor abdominal (su pancita), vómito, diarrea, o estreñimiento?	NO	SÍ
57 ¿Hay problemas de infección de riñón, de vejiga, o sangre en la orina?	NO	SÍ
58 ¿Tiene usted alguna inquietud acerca de la piel, cabello, o uñas del niño?	NO	SÍ
59 ¿Se queja el niño por dolor, entumecimiento o inflamación de articulaciones, por dolor o debilidad muscular?	NO	SÍ
60 ¿Sufre el niño de frecuentes dolores de cabeza, tics, debilidad, ataques?	NO	SÍ
61 ¿Padece el niño de problemas nerviosos, ansiedad, cambios de ánimo, o tristeza?	NO	SÍ
62 ¿Tiene el niño sed excesiva o ha habido aumento de orina?	NO	SÍ
63 ¿Se amorata fácilmente la piel del niño, tiene glándulas hinchadas o se ve pálido??	NO	SÍ
64 ¿Está el niño o la niña dando muestra de pubertad (vello en las axilas o áreas púbicas, desarrollo de senos, agrandamiento de testículos)?	NO	SÍ