

# Cuestionario pre-consulta: 5 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	¿Ha tenido el(la) niño(a) problemas con sus vacunas o inyecciones?	NO	SÍ
3	¿Recibe atención médica de alguien aparte de un doctor en medicina (es decir, acupunturista, herborista, o naturópata)?	NO	SÍ

## Alimentación / Nutrición

4	¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	SÍ	NO
5	Cuando su hijo come granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?	SÍ	NO
6	¿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
7	¿Come la familia comida chatarra (papitas, galletas, dulces) o comida rápida 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	¿Toma el niño jugo, soda u otras bebidas azucaradas más que 2-3 veces por semana?	NO	SÍ
10	¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento?	NO	SÍ
11	¿Le preocupa el peso corporal del niño?	NO	SÍ

## Higiene bucal

12	¿Consulta el niño al dentista al menos dos veces al año?	SÍ	NO
----	--	----	----

## Eliminación

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

## Escuela

14	¿Va el niño a la escuela?	SÍ	NO
15	¿Le inquieta algún aspecto del aprendizaje o de la conducta?	NO	SÍ

## Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla

16 ¿Pasa el niño más de 2 horas 'de pantalla' al día (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
17 ¿Tiene el niño acceso a una pantalla desde la recámara?	NO	SÍ
18 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO
19 ¿Llevan a cabo actividades activas y educativas como caminar, andar en bicicleta, nadar, ir a bibliotecas o ir de paseo por la naturaleza?	SÍ	NO
20 ¿Se reúnen a la hora de comer para estar en familia?	SÍ	NO
21 ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta)	SÍ	NO

## Sueño

22 ¿Tiene alguna preocupación sobre el sueño de su hijo?	NO	SÍ
23 ¿Ronca el niño un poco más de lo esperado?	NO	SÍ
24 ¿Su hijo duerme de 10 a 13 horas al día (en la noche y siestas)?	SÍ	NO

## Estresores sociales

25 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
26 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
27 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES

## Comportamiento

28 ¿Tiene alguna pregunta sobre cómo disciplinar al niño?	NO	SÍ
29 ¿Elogia al niño cuando él (ella) hace algo bien?	SÍ	NO
30 ¿Le ofrece opciones o alternativas a su hijo? (Por ejemplo, de comida, actividades)	SÍ	NO

## Desarrollo

31 ¿Puede el niño contar cuentos o fantasías con frases largas y con sentido?	SÍ	NO
32 ¿Entiende la gente totalmente lo que el niño dice?	SÍ	NO
33 ¿Se sabe el niño su nombre completo, número de teléfono, y el 9-1-1?	SÍ	NO
34 ¿Puede el niño crear historias y situaciones de fantasía?	SÍ	NO

35 ¿Puede saltar el niño sobre un pie 4 a 5 veces?	SÍ	NO
36 ¿Conoce el niño 4 colores o más?	SÍ	NO
37 ¿Puede contar el niño hasta 10?	SÍ	NO
38 ¿Puede el niño hacer una torre de 8 cubos o más?	SÍ	NO
39 ¿Dibuja el niño una figura humana con cabeza, cuerpo y extremidades?	SÍ	NO
40 ¿Dibuja el niño un triángulo?	SÍ	NO
41 ¿Puede el niño vestirse sin supervisión?	SÍ	NO

## Seguridad

42 ¿Le habla a su hijo acerca de la seguridad ante gente extraña?	SÍ	NO	
43 ¿Sabe el niño(a) que sus partes privadas son privadas?	SÍ	NO	
44 ¿Observa, vigila al niño cuando juega afuera?	SÍ	NO	
45 ¿Usa casco el niño cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve?	SÍ	NO	
46 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
47 ¿Viaja el niño en un asiento de seguridad con vista hacia en frente y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
48 ¿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
49 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
50 ¿Deja usted solo alguna vez al niño en el auto, en la casa o en el jardín?	NO	SÍ	
51 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO	
52 ¿Tiene usted un plan de escape en caso de incendio?	SÍ	NO	

## Tuberculosis

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

## Repaso de sistemas

57 ¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido de la vista del niño?	NO	SÍ
58 ¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido auditivo del niño?	NO	SÍ
59 ¿Le preocupa a usted la respiración del niño o algo pulmonar?	NO	SÍ
60 ¿Se queja el niño con frecuencia por dolor abdominal (su pancita)?	NO	SÍ
61 ¿Se queja el niño con frecuencia a causa de sus articulaciones?	NO	SÍ
62 ¿Se queja el niño debido a dolor de cabeza?	NO	SÍ
63 ¿Tiene el niño algún problema con la piel, p. ej., manchas o ronchas?	NO	SÍ