

**General**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:   |    |    |
| 2. ¿Pasa el niño más de 2 horas 'de pantalla' al día (teléfono, tableta, la TV — aparte de tiempo para tareas escolares)?        | No | Sí |
| 3. ¿Limita el acceso de su niño a las pantallas (teléfono, tableta, la TV) en su cuarto?   | Sí | No |
| 4. ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta) | Sí | No |
| 5. ¿Está su hijo durmiendo 9-11 horas por noche?   | Sí | No |
| 6. ¿Padece el niño de problemas nerviosismo, ansiedad, cambios de ánimo, tristeza ó enojado?                                     | No | Sí |

**Nutrición**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 7. ¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?  | Sí | No |
| 8. ¿Come el niño comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.) | No | Sí |
| 9. ¿Toma el niño jugo, soda u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana?  | No | Sí |
| 10. ¿Le preocupa el peso corporal del niño?  | No | Sí |
| 11. ¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento, incluidas las proteínas en polvo?   | No | Sí |
| 12. ¿Tiene el niño padres que hayan sufrido un derrame o ataque de corazón antes de haber cumplido 55 años de edad?                    | No | Sí |
| 13. ¿Tiene el niño padre o madre o hermano con alto nivel de colesterol o que esté tomando medicamentos para el colesterol?            | No | Sí |

**Higiene bucal**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 14. ¿Su hijo va al dentista al menos dos veces al año? | Sí | No |
|--|----|----|

## Escuela

|  |    |    |                 |
|--|----|----|-----------------|
| 15. ¿En qué grado?   |    |    |                 |
| 16. ¿En qué escuela?   |    |    |                 |
| 17. ¿Está teniendo el niño problemas con su progreso en la escuela o para concentrarse durante las actividades escolares?                | No | Sí |                 |
| 18. ¿Está teniendo el niño problemas relacionados a su felicidad o de relaciones con los demás (falta de amigos, o de acoso [bullying])? | No | Sí |                 |
| 19. ¿Cuenta el niño con un programa de educación individualizada (IEP) u otro plan de aprendizaje?                                       | No | Sí | No estoy seguro |

## Estrés social

|   |       |         |              |
|---|-------|---------|--------------|
| 20. ¿Está pasando usted por estrés en la familia?   | No    | Sí      |              |
| 21. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más? | Nunca | A veces | Muchas veces |

## Tuberculosis

|  |    |    |                 |
|--|----|----|-----------------|
| 22. ¿Está su niño en riesgo de infección con tuberculosis? (Incluye niños nacidos en África, Asia, América Latina o Europa del este; niños que se han quedado con la familia en uno de esos lugares durante más de una semana, o si estuvieron expuestos a alguien con tuberculosis activa). | No | Sí | No estoy seguro |
|--|----|----|-----------------|

## Adolescencia

*Si es apropiado...*

|  |    |    |  |
|--|----|----|--|
| 23. ¿Ya tuvo su período?                                       | No | Sí |  |
| 24. ¿Tiene usted o la niña alguna pregunta sobre menstruación? | No | Sí |  |

## Verificación de seguridad

*Marque todo lo que corresponda.*

|  | Cierto                   | Tengo preguntas          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 25. Tenemos reglas acerca de la seguridad con el Internet y de abrir la puerta cuando tocan.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. El niño usa casco cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Verificación de seguridad***Marque todo lo que corresponda.***Cierto****Tengo  
preguntas**

---

28. Nadie fuma o vapea cerca de mi niño.

---

29. Nuestra arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos arma).