

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)?	No	Sí
3.	¿Limita el acceso de su niño a las pantallas (teléfono, tableta, la TV) en su cuarto?	Sí	No
4.	¿Le lee al niño la mayoría de los días?	Sí	No
5.	¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta)	Sí	No
6.	¿Está su hijo durmiendo 9-11 horas por noche?	Sí	No
7.	¿Está teniendo el niño problemas con su progreso en la escuela o para concentrarse durante las actividades escolares?	No	Sí
8.	¿Está teniendo el niño problemas relacionados a su felicidad o de relaciones con los demás (falta de amigos, o de acoso [bullying])?	No	Sí
9.	¿Cuenta el niño con un programa de educación individualizada (IEP) u otro plan de aprendizaje?	No	Sí
10.	¿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

Nutrición

11.	¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	Sí	No
12.	¿Come el niño comida chatarra más de 2-3 veces por semana? (Ejemplos: dulces, papitas, galletas, cereal dulce, comida de la calle.)	No	Sí
13.	¿Toma el niño jugo, soda u otras bebidas azucaradas más de 1-2 veces por semana?	No	Sí
14.	¿Le preocupa el peso corporal del niño?	No	Sí
15.	¿Defeca regularmente el niño con heces blandas?	Sí	No

Higiene bucal

16.	¿Su hijo va al dentista al menos dos veces al año? (Si es así, pase a la siguiente sección).	Sí	No
	<i>Si no...</i>		
a.	¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	No	Sí

b. ¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día?	No	Sí	
c. ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	Sí	No	No estoy seguro
d. ¿Le cepilla los dientes a su hijo con una pasta de dientes que contenga flúor dos veces al día?	Sí	No	

Estrés social

17. ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	No	Sí	
18. ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos?	No	Sí	
19. 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

20. ¿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
--	----	----	-----------------

Verificación de seguridad

Marque todo lo que corresponda.

	Cierto	Tengo preguntas
21. Tenemos reglas acerca de la seguridad con el Internet y de abrir la puerta cuando tocan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. El niño viaja en un asiento de seguridad con vista hacia en frente y colocado en el asiento trasero del auto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. El niño usa casco cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Nadie fuma o vapea cerca de mi niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tenemos un plan de escape en caso de incendio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Nuestra arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos arma).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>