

**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. ¿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. ¿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**

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. ¿Defeca regularmente el niño con heces blandas?	Sí	No

**Higiene bucal**

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

**Escuela**

13. ¿En qué grado?		
14. ¿En qué escuela?		
15. ¿Está teniendo el niño problemas con su progreso en la escuela o para concentrarse durante las actividades escolares?	No	Sí

16. ¿Está teniendo el niño problemas relacionados a su felicidad o de relaciones con los demás (falta de amigos, o de acoso [bullying])?	No	Sí	
17. ¿Cuenta el niño con un programa de educación individualizada (IEP) u otro plan de aprendizaje?	No	Sí	No estoy seguro

### Estrés social

18. ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	No	Sí	
19. ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos?	No	Sí	
20. 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

21. ¿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
22. Tenemos reglas acerca de la seguridad con el Internet y de abrir la puerta cuando tocan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 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"/>
24. El niño usa casco cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Nadie fuma o vapea cerca de mi niño.	<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"/>