

Holística Evaluación de Niño 0-6 Meses (Whole Child Assessment for 0-6 Months)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo	

<p><i>Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudar a su niño a estar saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que su niño esté siendo herido.</i></p>					Clinic Use Only:
1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Nutrition
2	¿Toma una multí vitamina, vitamina prenatal o ácido fólico? <i>Multivitamin, prenatal vitamin or folic acid?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
3	¿Está su bebé inscrito en WIC? <i>Baby enrolled in WIC?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
4	Durante el mes pasado , ¿se le terminó la fórmula para su bebé? <i>In past month, did you run out of formula for your baby?</i>	Si Yes	Amamantar Breastfeed	No	
5	Durante el año pasado , ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (food stamps)? <i>In past year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	
6	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about your baby's weight?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	Physical Activity
7	¿Su bebé mira televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
8	¿ Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always put your baby to sleep on his/her back?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Sleep
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Safety
10	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature down to low-warm?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
11	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on the windows and gates for multi-level home?</i>	Si Yes	Solo piso One floor	No	
12	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines and matches locked away?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
13	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control posted by phone?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
14	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento ? <i>Always stay with baby in bathtub?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
15	¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always place baby in rear facing car seat in the back seat?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
16	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat is right one for the age and size of baby?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
17	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Baby spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	

18	Durante el año pasado, ¿te has sentido a salvo en tu relación? <i>In past year, have you felt safe in your relationship?</i>	Si Yes	No tengo pareja No partner	No		
19	Durante el año pasado, usted o su pareja han peleado mucho? <i>In past year, have you and partner fought a lot?</i>	No	No tengo pareja No partner	Si Yes		
20	¿Su bebé ha visto a los adultos en el hogar empujando, golpeando, pateando, o amenazando físicamente unos a otros? <i>Baby ever witnessed adults in the home pushing, hitting, kicking or physically threatening each other?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		
21	¿Su bebé ha vivido con un padre/madre u otros adultos que sacudido o lanzó al bebé? <i>Adult threw or shook baby?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		
22	¿Su bebé ha vivido mas de un mes afuera de su casa? <i>Has your baby ever lived away from home for more than a month?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		
23	En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche materna o agua? <i>Give baby bottle with anything except formula, breast milk or water?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	Dental	
24	¿Siente que su bebé es difícil de cuidar? <i>Do you feel your baby is difficult to take care of?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	Parenting Stress	
25	¿Actualmente usted esta viviendo con su esposo(a) o su pareja? <i>Are you currently living with a spouse or partner?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No		
26	¿Los padres de su bebé están separadas, divorciados, o no viven juntos? <i>Are your baby's parents separated, divorced, or not living together?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		
27	¿Su bebé ha vivido con alguien que ha ido a la cárcel, prisión, o otro establecimiento penitenciario? <i>Did your baby ever live with anyone who went to prison, jail or other correctional facility?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		
28	¿Tiene amigos o familiares que le ayudan con cuidar a su bebé? <i>Do you have friends or family who help take care of your baby?</i>	Seguido Often	A veces Sometimes	Nunca Never		
29	¿Su familia se cuidan uno al otro, se sienten unidos, y se apoyan uno al otro? <i>Does your family look out for each other, feel close to each other and support each other?</i>	Seguido Often	A veces Sometimes	Nunca Never		
30	Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? A1. Poco interés o placer en hacer cosas A2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas B1. Se ha sentido nervioso (a), ansioso(a) o con los nervios de punta B2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación <i>Over the past 2 weeks, bothered by depression or anxiety?</i>	Ningún día 0 0 0 0	Varios días 1 1 1 1	Mas de la mitad de los días 2 2 2 2	Casi todos los días 3 3 3 3	Mental Health Total Part A: Total Part B:
31	¿Su bebé ha vivido con alguien que estába deprimido, mentalmente enfermo o con suicidios? <i>Did your baby ever live with anyone who was depressed, mentally ill or suicidal?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		
32	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	Substance Exposure	
33	Durante las últimas tres meses, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol en un dia? <i>During past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol in one day?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		
34	¿Su bebé ha vivido con alguien que a tenido problemas con las drogas o el alcohol? <i>Did your baby ever live with anyone who had a problem with drugs or alcohol?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes		

35	¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? <i>Family member or contact had TB?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Tuberculosis Risk
36	¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en la prueba de tuberculosis? <i>Family had +TB test?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
37	¿Su bebé nació en un país de alto riesgo (cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte)? <i>Baby born in a high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
38	¿Su bebé ha viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana? <i>Baby traveled to high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
39	¿Tiene un diploma de la secundaria? <i>Do you have a high school degree?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Other Questions
40	¿Estás haciendo algo para evitar un embarazo a sí mismo (o su pareja)? <i>Are you doing something to keep yourself (or your partner) from getting pregnant?</i>	<input type="checkbox"/> Sí, el IUD o el implante <input type="checkbox"/> Sí, permanentes (por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía) <input type="checkbox"/> Sí, otro método anticonceptivo <input type="checkbox"/> No, embarazada (<i>pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No, tratando de quedar embarazada (<i>trying to get pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No			
41	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	Unsure	Yes	

Si la respuesta es afirmativa, describa:

<i>Clinic Use Only</i> Screened	Counseled	Referred	Provided Handout	Ordered Follow-up	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined WCA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Parenting Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature		Print Name			Date

Holística Evaluación de Niño 7-12 Meces (Whole Child Assessment for 7-12 Months)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo	

<p><i>Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudar a su niño a estar saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que su niño esté siendo herido.</i></p>					Clinic Use Only:
1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Nutrition
2	¿Toma una multí vitamina, vitamina prenatal o ácido fólico? <i>Multivitamin, prenatal vitamin or folic acid?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
3	¿Su bebé bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Baby has 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
4	¿Está su bebé inscrito en WIC? <i>Baby enrolled in WIC?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
5	Durante el mes pasado , ¿se le terminó la fórmula para su bebé? <i>In past month, did you run out of formula for your baby?</i>	Si Yes	Amamantar Breastfeed	No	
6	Durante el año pasado , ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (food stamps)? <i>In past year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	
7	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about your baby's weight?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	Physical Activity
8	¿Su bebé mira televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
9	¿ Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always put your baby to sleep on his/her back?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Sleep
10	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Safety
11	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature down to low-warm?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
12	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on the windows and gates for multi-level home?</i>	Si Yes	Solo piso One floor	No	
13	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines and matches locked away?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
14	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control posted by phone?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
15	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento ? <i>Always stay with baby in bathtub?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
16	¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always place baby in rear facing car seat in the back seat?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
17	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat is right one for the age and size of baby?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	

18	¿Su bebé pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
19	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Baby spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
20	Durante el año pasado , ¿te has sentido a salvo en tu relación? <i>In past year, have you felt safe in your relationship?</i>	Si <i>Yes</i>	No tengo pareja <i>No partner</i>	No		
21	Durante el año pasado , usted o su pareja han peleado mucho? <i>In past year, have you and partner fought a lot?</i>	No	No tengo pareja <i>No partner</i>	Si <i>Yes</i>		
22	¿Su bebé ha visto a los adultos en el hogar empujando, golpeando, pateando, o amenazando físicamente unos a otros? <i>Baby ever witnessed adults in the home pushing, hitting, kicking or physically threatening each other?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
23	¿Su bebé ha vivido con un padre/madre u otros adultos que sacudido o lanzó al bebé? <i>Adult threw or shook baby?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
24	¿Su bebé ha vivido mas de un mes afuera de su casa? <i>Has your baby ever lived away from home for more than a month?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
25	En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche materna o agua? <i>Give baby bottle with anything except formula, breast milk or water?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Dental	
26	¿Siente que su bebé es difícil de cuidar? <i>Do you feel your baby is difficult to take care of?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	Parenting Stress	
27	¿Actualmente usted esta viviendo con su esposo(a) o su pareja? <i>Are you currently living with a spouse or partner?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No		
28	¿Los padres de su bebé están separadas, divorciados, o no viven juntos? <i>Are your baby's parents separated, divorced, or not living together?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
29	¿Su bebé ha vivido con alguien que ha ido a la cárcel, prisión, o otro establecimiento penitenciario? <i>Did your baby ever live with anyone who went to prison, jail or other correctional facility?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
30	¿Tiene amigos o familiares que le ayudan con cuidar a su bebé? <i>Do you have friends or family who help take care of your baby?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>		
31	¿Su familia se cuidan uno al otro, se sienten unidos, y se apoyan uno al otro? <i>Does your family look out for each other, feel close to each other and support each other?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>		
32	Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? A1. Poco interés o placer en hacer cosas A2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas B1. Se ha sentido nervioso (a), ansioso(a) o con los nervios de punta B2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación <i>Over the past 2 weeks, bothered by depression or anxiety?</i>	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días	Mental Health Total Part A: Total Part B:
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
33	¿Su bebé ha vivido con alguien que estába deprimido, mentalmente enfermo o con suicidios? <i>Did your baby ever live with anyone who was depressed, mentally ill or suicidal?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
34	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Substance Exposure	
35	Durante las últimas tres meses, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol en un día? <i>During past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol in one day?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
36	¿Su bebé ha vivido con alguien que a tenido problemas con las drogas o el alcohol? <i>Did your baby ever live with anyone who had a problem with drugs or alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		

37	¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? <i>Family member or contact had TB?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Tuberculosis Risk
38	¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en la prueba de tuberculosis? <i>Family had +TB test?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
39	¿Su bebé nació en un país de alto riesgo (cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte)? <i>Baby born in a high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
40	¿Su bebé ha viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana? <i>Baby traveled to high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
41	¿Tiene un diploma de la secundaria? <i>Do you have a high school degree?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Other Questions
42	¿Estás haciendo algo para evitar un embarazo a sí mismo (o su pareja)? <i>Are you doing something to keep yourself (or your partner) from getting pregnant?</i>	<input type="checkbox"/> Sí, el IUD o el implante <input type="checkbox"/> Sí, permanentes (por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía) <input type="checkbox"/> Sí, otro método anticonceptivo <input type="checkbox"/> No, embarazada (<i>pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No, tratando de quedar embarazada (<i>trying to get pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No			
43	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	

Si la respuesta es afirmativa, describa:

<i>Clinic Use Only</i> Screened	Counseled	Referred	Provided Handout	Ordered Follow-up	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined WCA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Parenting Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature		Print Name			Date

Holística Evaluación de Niño 1-2 Años (Whole Child Assessment for 1-2 Years)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo	

<p><i>Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudar a su niño a estar saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que su niño esté siendo herido.</i></p>					Clinic Use Only:
1	¿Amamanta a su hijo? <i>Breastfeeds child?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Nutrition
2	¿Toma una multí vitamina, vitamina prenatal o ácido fólico? <i>Multivitamin, prenatal vitamin or folic acid?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
3	¿Su niño/a come desayuna todos los días? <i>Does your child eat breakfast every day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
4	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child has 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
5	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
6	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
7	¿Su hijo bebe más de una pequeña taza (4 - 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
8	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
9	¿Está su niño/a inscrito en WIC? <i>Is your child enrolled in WIC?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
10	Durante el año pasado , ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (food stamps)? <i>In past year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	
11	¿Su hijo juega activamente la mayoría de los días de la semana? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Physical Activity
12	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video? <i>Child watches TV or plays video games?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
13	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about your child's weight?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
14	¿Su niño/a tiene dificultad en dormir o permanecer dormido? <i>Does your child have trouble falling asleep or staying asleep?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	Sleep
15	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Safety
16	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature down to low-warm?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
17	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on the windows and gates for multi-level home?</i>	Si Yes	Solo piso One floor	No	

18	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines and matches locked away?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
19	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control posted by phone?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
20	Cuando su hijo está en la tina, ¿permanece con él en todo momento ? <i>Always stay with child in bathtub?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
21	¿Su hijo siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always place child in rear facing car seat in the back seat?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
22	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su hijo? <i>Car seat is right one for the age and size of child?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
23	¿Se fija usted siempre que no haya niños al retroceder en el automóvil al salir de su cochera? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
24	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
25	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Child spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
26	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Si <i>Yes</i>	No usa <i>Doesn't ride</i>	No	
27	Durante el año pasado , ¿te has sentido a salvo en tu relación? <i>In past year, have you felt safe in your relationship?</i>	Si <i>Yes</i>	No tengo pareja <i>No partner</i>	No	
28	Durante el año pasado , usted o su pareja han peleado mucho? <i>In past year, have you and partner fought a lot?</i>	No	No tengo pareja <i>No partner</i>	Si <i>Yes</i>	
29	¿Su niño/a ha visto a los adultos en el hogar empujando, golpeando, pateando, o amenazando físicamente unos a otros? <i>Child ever witnessed adults in the home pushing, hitting, kicking or physically threatening each other?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
30	¿Su niño/a ha vivido con un padre/madre u otros adultos que empujó, pateó, hirió físicamente o lanzó algo al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who pushed, kicked, physically hurt or threw something at child?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
31	¿Su niño/a ha vivido mas de un mes afuera de su casa? <i>Has your child ever lived away from home for more than a month?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
32	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Dental
33	¿Siente que su niño/a es difícil de cuidar? <i>Do you feel your child is difficult to take care of?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	Parenting Stress
34	¿Usa malas palabras o insulta a su niño/a? <i>Do you swear at or insult your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
35	¿Siente que es necesario golpear a su niño/a o darle una cachetada? <i>Do you need to hit/ spank your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
36	¿Actualmente usted esta viviendo con su esposo(a) o su pareja? <i>Are you currently living with a spouse or partner?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
37	¿Los padres de su niño/a están separadas, divorciados, o no viven juntos? <i>Are your child's parents separated, divorced, or not living together?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
38	¿Su niño/a ha vivido con alguien que ha ido a la cárcel, prisión, o otro establecimiento penitenciario? <i>Did your child ever live with anyone who went to prison, jail or other correctional facility?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	

39	¿Tiene amigos o familiares que le ayudan con cuidar a su niño/a? <i>Have friends or family who help take care of your child?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>		Nunca <i>Never</i>	
40	¿Su familia se cuidan uno al otro, se sienten unidos, y se apoyan uno al otro? <i>Does your family look out for each other, feel close to each other and support each other?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>		Nunca <i>Never</i>	
41	Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? A1. Poco interés o placer en hacer cosas A2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas B1. Se ha sentido nervioso (a), ansioso(a) o con los nervios de punta B2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación <i>Over the past 2 weeks, bothered by depression or anxiety?</i>	Ningún día 0 0 0 0	Varios días 1 1 1 1	Mas de la mitad de los días 2 2 2 2	Casi todos los días 3 3 3 3	Mental Health Total Part A: Total Part B:
42	¿Su niño/a ha vivido con alguien que estaba deprimido, mentalmente enfermo o con suicidios? <i>Did your child ever live with anyone who was depressed, mentally ill or suicidal?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
43	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	Substance Exposure
44	Durante las últimas tres meses, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol en un día? <i>During past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol in one day?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
45	¿Su niño/a ha vivido con alguien que a tenido problemas con las drogas o el alcohol? <i>Did your child ever live with anyone who had a problem with drugs or alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
46	¿Sabe o le preocupa que su niño haya sido tocado o que se le haya pedido que toque a un adulto o alguien con al menos 5 años mayores que su niño sexualmente? <i>Child ever touched, or asked to touch, an adult or someone 5+ years older sexually?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	Sexual Issues
47	¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? <i>Family member or contact had TB?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	Tuberculosis Risk
48	¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en la prueba de tuberculosis? <i>Family had +TB test?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
49	¿Su hijo nació en un país de alto riesgo (cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte)? <i>Child born in a high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
50	¿Su hijo ha viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana? <i>Child traveled to high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
51	¿Tiene un diploma de la secundaria? <i>Do you have a high school degree?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>		No	Other Questions
52	¿Estás haciendo algo para evitar un embarazo a sí mismo (o su pareja)? <i>Are you doing something to keep yourself (or your partner) from getting pregnant?</i>	<input type="checkbox"/> Sí, el IUD o el implante <input type="checkbox"/> Sí, permanentes (por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía) <input type="checkbox"/> Sí, otro método anticonceptivo <input type="checkbox"/> No, embarazada (<i>pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No, tratando de quedar embarazada (<i>trying to get pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No				

53	¿Tienes dudas acerca de cómo su niño/a habla? <i>Do you have concerns about how your child speaks?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
54	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su hijo? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	

Si la respuesta es afirmativa, describa:

<i>Clinic Use Only</i> Screened	Counseled	Referred	Provided Handout	Ordered Follow-up	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined WCA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Parenting Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature				Print Name	Date

Holística Evaluación de Niño 3-4 Años (Whole Child Assessment for 3-4 Years)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo	

<p><i>Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudar a su niño a estar saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que su niño esté siendo herido.</i></p>					Clinic Use Only:
1	¿Toma una multé vitamina, vitamina prenatal o ácido fólico? <i>Multivitamin, prenatal vitamin or folic acid?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Nutrition
2	¿Su niño/a come desayuna todos los días? <i>Does your child eat breakfast every day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
3	¿Su hijo bebe o come <u>3 porciones</u> al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child has 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
4	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, <u>2 veces</u> al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
5	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza <u>más de una vez</u> por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
6	¿Su hijo bebe <u>más de una</u> pequeña taza (4 - 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
7	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas <u>más de una vez</u> por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
8	¿Está su niño/a inscrito en WIC? <i>Is your child enrolled in WIC?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
9	Durante el año pasado , ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (food stamps)? <i>In past year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	
10	¿Su hijo juega activamente <u>la mayoría de los días</u> de la semana? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Physical Activity
11	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video <u>menos de 2 horas</u> al día? <i>TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
12	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about your child's weight?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
13	¿Su niño/a tiene dificultad en dormir o permanecer dormido? <i>Does your child have trouble falling asleep or staying asleep?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	Sleep
14	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Safety
15	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature down to low-warm?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
16	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on the windows and gates for multi-level home?</i>	Si Yes	Solo piso One floor	No	
17	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines and matches locked away?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	

18	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control posted by phone?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
19	Cuando su hijo está en la tina, ¿permanece con él en todo momento ? <i>Always stay with child in bathtub?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
20	¿Su hijo siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia delante, en el asiento de atrás? <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
21	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su hijo? <i>Car seat is right one for the age and size of child?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
22	¿Se fija usted siempre que no haya niños al retroceder en el automóvil al salir de su cochera? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
23	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
24	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Child spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
25	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Si <i>Yes</i>	No usa <i>Doesn't ride</i>	No	
26	Durante el año pasado , ¿te has sentido a salvo en tu relación? <i>In past year, have you felt safe in your relationship?</i>	Si <i>Yes</i>	No tengo pareja <i>No partner</i>	No	
27	Durante el año pasado , usted o su pareja han peleado mucho? <i>In past year, have you and partner fought a lot?</i>	No	No tengo pareja <i>No partner</i>	Si <i>Yes</i>	
28	¿Su niño/a ha visto a los adultos en el hogar empujando, golpeando, pateando, o amenazando físicamente unos a otros? <i>Child ever witnessed adults in the home pushing, hitting, kicking or physically threatening each other?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
29	¿Su niño/a ha vivido con un padre/madre u otros adultos que empujó, pateó, hirió físicamente o lanzó algo al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who pushed, kicked, physically hurt or threw something at child?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
30	¿Su niño/a ha vivido mas de un mes afuera de su casa? <i>Has your child ever lived away from home for more than a month?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
31	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Dental
32	¿Siente que su niño/a es difícil de cuidar? <i>Do you feel your child is difficult to take care of?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	Parenting Stress
33	¿Usa malas palabras o insulta a su niño/a? <i>Do you swear at or insult your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
34	¿Siente que es necesario golpear a su niño/a o darle una cachetada? <i>Do you need to hit/ spank your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
35	¿Actualmente usted esta viviendo con su esposo(a) o su pareja? <i>Are you currently living with a spouse or partner?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
36	¿Los padres de su niño/a están separadas, divorciados, o no viven juntos? <i>Are your child's parents separated, divorced, or not living together?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
37	¿Su niño/a ha vivido con alguien que ha ido a la cárcel, prisión, o otro establecimiento penitenciario? <i>Did your child ever live with anyone who went to prison, jail or other correctional facility?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
38	¿Tiene amigos o familiares que le ayudan con cuidar a su niño/a? <i>Have friends or family who help take care of your child?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>	

39	¿Su familia se cuidan uno al otro, se sienten unidos, y se apoyan uno al otro? <i>Does your family look out for each other, feel close to each other and support each other?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>		Nunca <i>Never</i>	
40	Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? A1. Poco interés o placer en hacer cosas A2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas B1. Se ha sentido nervioso (a), ansioso(a) o con los nervios de punta B2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación <i>Over the past 2 weeks, bothered by depression or anxiety?</i>	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días	Mental Health Total Part A: Total Part B:
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
41	¿Su niño/a ha vivido con alguien que estaba deprimido, mentalmente enfermo o con suicidios? <i>Did your child ever live with anyone who was depressed, mentally ill or suicidal?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
42	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	Substance Exposure
43	Durante las últimas tres meses, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol en un día? <i>During past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol in one day?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
44	¿Su niño/a ha vivido con alguien que a tenido problemas con las drogas o el alcohol? <i>Did your child ever live with anyone who had a problem with drugs or alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
45	¿Sabe o le preocupa que su niño haya sido tocado o que se le haya pedido que toque a un adulto o alguien con al menos 5 años mayores que su niño sexualmente? <i>Child ever touched, or asked to touch, an adult or someone 5+ years older sexually?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	Sexual Issues
46	¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? <i>Family member or contact had TB?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	Tuberculosis Risk
47	¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en la prueba de tuberculosis? <i>Family had +TB test?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
48	¿Su hijo nació en un país de alto riesgo (cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte)? <i>Child born in a high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
49	¿Su hijo ha viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana? <i>Child traveled to high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
50	¿Tiene un diploma de la secundaria? <i>Do you have a high school degree?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>		No	Other Questions
51	¿Estás haciendo algo para evitar un embarazo a sí mismo (o su pareja)? <i>Are you doing something to keep yourself (or your partner) from getting pregnant?</i>	<input type="checkbox"/> Sí, el IUD o el implante <input type="checkbox"/> Sí, permanentes (por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía) <input type="checkbox"/> Sí, otro método anticonceptivo <input type="checkbox"/> No, embarazada (<i>pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No, tratando de quedar embarazada (<i>trying to get pregnant</i>) <input type="checkbox"/> No				
52	¿Tienes dudas acerca de cómo su niño/a habla? <i>Do you have concerns about how your child speaks?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	
53	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su hijo? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>		Si <i>Yes</i>	

Si la respuesta es afirmativa, describa:

<i>Clinic Use Only</i> Screened	Counseled	Referred	Provided Handout	Ordered Follow-up	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined WCA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Parenting Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature		Print Name			Date

Holística Evaluación de Niño 5-8 Años (Whole Child Assessment for 5-8 Years)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	Escuela /Año escolar		
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo	Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Grados de la escuela <input type="checkbox"/> Promedio o mejor que la media <input type="checkbox"/> por debajo del promedio o pobre	

<p><i>Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudar a su niño a estar saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que su niño esté siendo herido.</i></p>					Clinic Use Only:
1	¿Su niño/a come desayuna todos los días? <i>Does your child eat breakfast every day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Nutrition
2	¿Su hijo bebe o come <u>3 porciones</u> al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child has 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
3	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, <u>2 veces</u> al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
4	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza <u>más de una vez</u> por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
5	¿Su hijo bebe <u>más de una</u> pequeña taza (4 - 6 oz.) de jugo al día? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
6	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas <u>más de una vez</u> por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
7	Durante el año pasado , ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (food stamps)? <i>In past year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	Physical Activity
8	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría <u>de los días de la semana</u> ? <i>Exercise/sports most days of the week?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
9	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video <u>menos de 2 horas</u> al día? <i>TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
10	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about your child's weight?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
11	¿Su niño/a tiene dificultad en dormir o permanecer dormido? <i>Does your child have trouble falling asleep or staying asleep?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	Sleep
12	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Safety
13	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature down to low-warm?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
14	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control posted by phone?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
15	¿Coloca usted siempre a su hijo en un porta bebe en el asiento de atrás (o usa un cinturón de seguridad) si su hijo mide mas de 4'9"? <i>Booster seat or seatbelt in the back seat?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
16	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	

17	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Child spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
18	¿Su hijo/a pasa tiempo con alguna persona que porte un arma de juego, cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
19	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Si <i>Yes</i>	No usa <i>Doesn't ride</i>	No	
20	Durante el año pasado , ¿te has sentido a salvo en tu relación? <i>In past year, have you felt safe in your relationship?</i>	Si <i>Yes</i>	No tengo pareja <i>No partner</i>	No	
21	Durante el año pasado , usted o su pareja han peleado mucho? <i>In past year, have you and partner fought a lot?</i>	No	No tengo pareja <i>No partner</i>	Si <i>Yes</i>	
22	¿Su niño/a ha visto a los adultos en el hogar empujando, golpeando, pateando, o amenazando físicamente unos a otros? <i>Child ever witnessed adults in the home pushing, hitting, kicking or physically threatening each other?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
23	¿Su niño/a ha vivido con un padre/madre u otros adultos que empujó, pateó, hirió físicamente o lanzó algo al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who pushed, kicked, physically hurt or threw something at child?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
24	¿Su niño/a tiene problemas con el enojo o se pelea con otros niños? <i>Child has trouble with anger or gets into fight?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
25	¿Su niño/a ha vivido mas de un mes afuera de su casa? <i>Has your child ever lived away from home for more than a month?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
26	¿A su hijo/a alguna vez lo han acosado o se sintió inseguro en la escuela o su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Child ever been bullied or cyber-bullied?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
27	¿Su hijo/a se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Dental
28	¿Siente que su niño/a es difícil de cuidar? <i>Do you feel your child is difficult to take care of?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	Parenting Stress
29	¿Usa malas palabras o insulta a su niño/a? <i>Do you swear at or insult your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
30	¿Siente que es necesario golpear a su niño/a o darle una cachetada? <i>Do you need to hit/ spank your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
31	¿Actualmente usted esta viviendo con su esposo(a) o su pareja? <i>Are you currently living with a spouse or partner?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
32	¿Los padres de su niño/a están separadas, divorciados, o no viven juntos? <i>Are your child's parents separated, divorced, or not living together?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
33	¿Su niño/a ha vivido con alguien que ha ido a la cárcel, prisión, o otro establecimiento penitenciario? <i>Did your child ever live with anyone who went to prison, jail or other correctional facility?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
34	¿Tiene amigos o familiares que le ayudan con cuidar a su niño/a? <i>Have friends or family who help take care of your child?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>	
35	¿Su familia se cuidan uno al otro, se sienten unidos, y se apoyan uno al otro? <i>Does your family look out for each other, feel close to each other and support each other?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>	
36	¿Su hijo con frecuencia parece triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Mental Health

37	Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? A1. Poco interés o placer en hacer cosas A2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas B1. Se ha sentido nervioso (a), ansioso(a) o con los nervios de punta B2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación <i>Over the past 2 weeks, bothered by depression or anxiety?</i>	Ningún día 0 0 0 0	Varios días 1 1 1 1	Mas de la mitad de los días 2 2 2 2	Casi todos los días 3 3 3 3	Total Part A: Total Part B:
38	¿Su niño/a ha vivido con alguien que estaba deprimido, mentalmente enfermo o con suicidios? <i>Did your child ever live with anyone who was depressed, mentally ill or suicidal?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
39	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		Substance Exposure
40	Durante las últimas tres meses, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol en un día? <i>During past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol in one day?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
41	¿Su niño/a ha vivido con alguien que a tenido problemas con las drogas o el alcohol? <i>Did your child ever live with anyone who had a problem with drugs or alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
42	¿Sabe o le preocupa que su niño haya sido tocado o que se le haya pedido que toque a un adulto o alguien con al menos 5 años mayores que su niño sexualmente? <i>Child ever touched, or asked to touch, an adult or someone 5+ years older sexually?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		Sexual Issues
43	¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? <i>Family member or contact had TB?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		Tuberculosis Risk
44	¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en la prueba de tuberculosis? <i>Family had +TB test?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
45	¿Su hijo nació en un país de alto riesgo (cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte)? <i>Child born in a high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
46	¿Su hijo ha viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana? <i>Child traveled to high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
47	¿Tiene un diploma de la secundaria? <i>Do you have a high school degree?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No		Other Questions
48	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre la salud o conducta de su hijo? <i>Other questions or concerns?</i> <i>Si la respuesta es afirmativa, describa:</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		

<i>Clinic Use Only</i>	Screened	Counseled	Referred	Provided Handout	Ordered Follow-up	Comments
<input type="checkbox"/>	Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined WCA
<input type="checkbox"/>	Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Parenting Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature		Print Name			Date	

Holística Evaluación de Niño 9-11 Años (Whole Child Assessment for 9-11 Years)

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	Escuela /Año escolar		
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo	Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Grados de la escuela <input type="checkbox"/> Promedio o mejor que la media <input type="checkbox"/> por debajo del promedio o pobre	

<p><i>Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudar a su niño a estar saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que su niño esté siendo herido.</i></p>					Clinic Use Only:
1	¿Su niño/a come desayuna todos los días? <i>Does your child eat breakfast every day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Nutrition
2	¿Su hijo bebe o come <u>3 porciones</u> al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Child has 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
3	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, <u>2 veces</u> al día? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
4	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza <u>más de una vez</u> por semana? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
5	¿Su hijo bebe <u>más de un vaso</u> (8 oz) de jugo <u>al día</u> ? <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
6	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas <u>más de una vez</u> por semana? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
7	Durante el año pasado , ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (food stamps)? <i>In past year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	
8	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días de la semana ? <i>Exercise/sports most days of the week?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Physical Activity
9	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video <u>menos de 2 horas</u> al día? <i>TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
10	¿Le preocupa el peso de su hijo? <i>Concerned about your child's weight?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
11	¿Su niño/a tiene dificultad en dormir o permanecer dormido? <i>Does your child have trouble falling asleep or staying asleep?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	Sleep
12	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Safety
13	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control posted by phone?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
14	¿Su hijo siempre usa cinturón de seguridad en el asiento trasero (o usa un porta bebe) si mide menos de 4'9"? <i>Seatbelt in the back seat or booster seat if under 4'9"?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
15	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
16	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Child spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	

17	¿Su hijo/a pasa tiempo con alguna persona que porte un arma de juego, cuchillo u otra arma? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
18	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o scooter? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Si <i>Yes</i>	No usa <i>Doesn't ride</i>	No	
19	Durante el año pasado , ¿te has sentido a salvo en tu relación? <i>In past year, have you felt safe in your relationship?</i>	Si <i>Yes</i>	No tengo pareja <i>No partner</i>	No	
20	Durante el año pasado , usted o su pareja han peleado mucho? <i>In past year, have you and partner fought a lot?</i>	No	No tengo pareja <i>No partner</i>	Si <i>Yes</i>	
21	¿Su niño/a ha visto a los adultos en el hogar empujando, golpeando, pateando, o amenazando físicamente unos a otros? <i>Child ever witnessed adults in the home pushing, hitting, kicking or physically threatening each other?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
22	¿Su niño/a ha vivido con un padre/madre u otros adultos que empujó, pateó, hirió físicamente o lanzó algo al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who pushed, kicked, physically hurt or threw something at child?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
23	¿Su niño/a tiene problemas con el enojo o se pelea con otros niños? <i>Child has trouble with anger or gets into fight?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
24	¿Su niño/a ha vivido mas de un mes afuera de su casa? <i>Has your child ever lived away from home for more than a month?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
25	¿A su hijo/a alguna vez lo han acosado o se sintió inseguro en la escuela o su vecindario (o lo acosaron por Internet)? <i>Child ever been bullied or cyber-bullied?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
26	¿Su hijo/a se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Dental
27	¿Siente que su niño/a es difícil de cuidar? <i>Do you feel your child is difficult to take care of?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	Parenting Stress
28	¿Usa malas palabras o insulta a su niño/a? <i>Do you swear at or insult your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
29	¿Siente que es necesario golpear a su niño/a o darle una cachetada? <i>Do you need to hit/ spank your child?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>	
30	¿Actualmente usted esta viviendo con su esposo(a) o su pareja? <i>Are you currently living with a spouse or partner?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	
31	¿Los padres de su niño/a están separadas, divorciados, o no viven juntos? <i>Are your child's parents separated, divorced, or not living together?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
32	¿Su niño/a ha vivido con alguien que ha ido a la cárcel, prisión, o otro establecimiento penitenciario? <i>Did your child ever live with anyone who went to prison, jail or other correctional facility?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
33	¿Tiene amigos o familiares que le ayudan con cuidar a su niño/a? <i>Have friends or family who help take care of your child?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>	
34	¿Su familia se cuidan uno al otro, se sienten unidos, y se apoyan uno al otro? <i>Does your family look out for each other, feel close to each other and support each other?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>	
35	¿Su hijo con frecuencia parece triste o deprimido? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Mental Health

36	Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? A1. Poco interés o placer en hacer cosas A2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas B1. Se ha sentido nervioso (a), ansioso(a) o con los nervios de punta B2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación <i>Over the past 2 weeks, bothered by depression or anxiety?</i>	Ningún día 0 0 0 0	Varios días 1 1 1 1	Mas de la mitad de los días 2 2 2 2	Casi todos los días 3 3 3 3	Total Part A: Total Part B:
37	¿Su niño/a ha vivido con alguien que estaba deprimido, mentalmente enfermo o con suicidios? <i>Did your child ever live with anyone who was depressed, mentally ill or suicidal?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
38	¿Su hijo pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		Substance Exposure
39	¿Su hijo/a ha fumado alguna vez cigarrillos o mascado tabaco? <i>Child ever smoked or used tobacco?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
40	¿Le preocupa a usted que su hijo/a pueda estar usando drogas, u oliendo sustancias tales como pegamento, para drogarse? <i>Child may be using drugs or sniffing to get high?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
41	¿Le preocupa que su hijo/a pueda estar tomando alcohol, tal como cerveza, vino, refrescos con contenido de alcohol o licor? <i>Child may be drinking alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
42	Durante las últimas tres meses, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol en un día? <i>During past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol in one day?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
43	¿Su niño/a ha vivido con alguien que a tenido problemas con las drogas o el alcohol? <i>Did your child ever live with anyone who had a problem with drugs or alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
44	¿Su hijo/a ha empezado a salir con novios o novias? <i>Child started dating or going out?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		Sexual Issues
45	¿Cree que su hijo/a pueda estar sexualmente activo? <i>Thinks child may be sexually active?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
46	¿Sabe o le preocupa que su niño haya sido tocado o que se le haya pedido que toque a un adulto o alguien con al menos 5 años mayores que su niño sexualmente? <i>Child ever touched, or asked to touch, an adult or someone 5+ years older sexually?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
47	¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? <i>Family member or contact had TB?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		Tuberculosis Risk
48	¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en la prueba de tuberculosis? <i>Family had +TB test?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
49	¿Su hijo nació en un país de alto riesgo (cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte)? <i>Child born in a high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
50	¿Su hijo ha viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana? <i>Child traveled to high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		
51	¿Tiene un diploma de la secundaria? <i>Do you have a high school degree?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No		Other Questions
52	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre la salud o conducta de su hijo? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>		

Si la respuesta es afirmativa, describa:

<i>Clinic Use Only</i> Screened	Counseled	Referred	Provided Handout	Ordered Follow-up	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined WCA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Parenting Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature			Print Name		Date

Holística Evaluación de Niño 12-17 Años (Whole Child Assessment for 12-17 Years)

Para ser completado por el paciente

Nombre del niño (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de hoy	Escuela /Año escolar		
<i>ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR SU HIJO. SI REQUIERE ASISTENCIA, POR FAVOR, INDIQUE QUE ASISTIÓ:</i>		<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Amigo	Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Grados de la escuela <input type="checkbox"/> Promedio o mejor que la media <input type="checkbox"/> por debajo del promedio o pobre

<p><i>Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudarle a estar saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Mantendremos esta información confidencial, a menos que haya preocupación de que usted está siendo herido.</i></p>					Clinic Use Only:
1	¿Desayunas todos los días? <i>Do you eat breakfast every day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Nutrition
2	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
3	¿Come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
4	¿Come comidas con alto contenido de grasa, como comidas fritas, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
5	¿Bebe más de 12 oz (1 lata de refresco) por día de jugo, bebida deportiva, bebida energizante o bebida de café endulzada? <i>Drink more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
6	Durante el año pasado , ¿alguna vez se preocupó o su familia porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (food stamps)? <i>In the past year, did you or your family worry that your food would run out before you got money or Food Stamps to buy more?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	
7	¿Hace ejercicio o deporte la mayoría de los días? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Physical Activity
8	¿Mira televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Watch TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
9	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
10	¿Tiene problemas para dormir o para permanecer dormido? <i>Do you have trouble falling asleep or staying asleep?</i>	Nunca Never	A veces Sometimes	Seguido Often	Sleep
11	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	Safety
12	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
13	¿ Siempre usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>	Si Yes	No está seguro Unsure	No	
14	¿Pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Spend time in a home where a gun is kept?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	
15	¿Pasa tiempo con alguna persona que lleve un revólver, un cuchillo u otra arma? <i>Spend time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	No está seguro Unsure	Si Yes	

16	¿ Siempre usa casco cuando va en bicicleta, patineta o scooter? <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Si Yes	No usa <i>Doesn't ride</i>	No		
17	Durante el año pasado , ¿ha tenido miedo de la persona en cual usted estaba saliendo con? <i>In the past year, have you felt afraid of someone you were dating?</i>	No	No tengo pareja <i>Not dating</i>	Si Yes		
18	¿Alguna vez has visto a los adultos en el hogar empujando, golpeando, pateando, o amenazando físicamente unos a otros? <i>Have you ever witnessed adults in the home pushing, hitting, kicking or physically threatening each other?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
19	¿Alguna vez has vivido con una persona que gritaba o te gritaba? <i>Did you ever live with anyone who often shouted or yelled at you?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
20	¿Alguna vez has vivido con alguien que actuaba de una manera que te hacía sentir miedo? <i>Did you ever live with anyone who acted in a way that made you feel afraid?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
21	¿Te han golpeado algún padre o otro adulto, que te dejo marcas o heridas? <i>Did a parent or other adult ever hit you so hard that you had marks or were injured?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
22	¿Alguna vez has vivido por mas de un mes afuera de su casa? <i>Have you ever lived away from home for more than a month?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
23	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente (o ha lastimado usted a alguien)? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
24	¿Alguna vez lo han intimidado o se sintió inseguro en su escuela o barrio (o lo intimidaron por Internet)? <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
25	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Si Yes	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Dental	
26	¿Sus padres están separados, divorciados o no viven juntos? <i>Parents separated, divorced, or not living together?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes	Stress	
27	¿Has vivido con alguien que ha ido a la cárcel, prisión, o otro establecimiento penitenciario? <i>Has your parent or anyone you ever lived with went to prison, jail or other correctional facility?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes		
28	¿Te sientes como que nadie en tu familia te ama o sientes que no eres importante o especial? <i>Do you feel that no one in your family loves you or thinks that you are important or special?</i>	Nunca <i>Never</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Seguido <i>Often</i>		
29	¿Su familia se cuidan uno al otro, se sienten unidos, y se apoyan uno al otro? <i>Does your family look out for each other, feel close to each other and support each other?</i>	Seguido <i>Often</i>	A veces <i>Sometimes</i>	Nunca <i>Never</i>		
30	¿Alguna vez ha vivido con alguien que estaba deprimido, mentalmente enfermo o con suicidio? <i>Did you ever live with anyone who was depressed, mentally ill or suicidal?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si Yes	Mental Health	
31	Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? A1. Poco interés o placer en hacer cosas A2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas B1. Se ha sentido nervioso (a), ansioso(a) o con los nervios de punta B2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación <i>Over the past 2 weeks, bothered by depression or anxiety?</i>	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días	Total Part A: Total Part B:
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	

32	Durante los últimos 3 meses , ¿has pensado en matarte? <i>During past 3 months, thought of killing yourself?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
33	¿Pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Substance Exposure
34	¿Fuma cigarrillos o mastica tabaco? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
35	¿Consumes o aspira alguna sustancia para drogarse, como marihuana, cocaína, <i>crack</i> , metanfetamina (“ <i>meth</i> ”), éxtasis, etc.? <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
36	¿Utiliza medicamentos que no fueron recetados para usted? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
37	¿Bebe alcohol una vez a la semana o más? <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
38	Si bebe alcohol, ¿bebe hasta emborracharse o desmayarse? <i>If drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	No	No bebo <i>Don't drink</i>	Si <i>Yes</i>	
39	¿Conduce un automóvil después de beber, o viaja en un automóvil conducido por una persona que ha bebido o consumido drogas? <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
40	¿Pasas tiempo con alguien que usa drogas o beben demasiado alcohol? <i>Do you spend time with anyone who uses drugs or drinks too much alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
41	¿Alguna vez has vivido con alguien que tenía un problema con las drogas o el alcohol? <i>Did you ever live with anyone who had a problem with drugs or alcohol?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
Sus respuestas sobre relaciones sexuales o planificación familiar no serán divulgadas a nadie, ni siquiera a sus padres, sin su permiso.					
42	¿Alguna vez ha sido tocado sexualmente por un adulto o alguien más de 5 años mayores que tú, o un adulto o alguien más de 5 años mayores que tú preguntaron a tocarte sexualmente? <i>Have you ever been touched, or asked to touch, an adult or someone at least 5 years older sexually?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Sexual Issues
43	¿Alguna vez lo forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
44	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales (orales, vaginales o anales)? <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 46					
45	Responda estas preguntas solo si alguna vez has tenido relaciones sexuales: a. ¿Crees que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual, como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc? b. ¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? c. ¿Usted o su(s) parejas(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? d. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizo método anticonceptivo? e. ¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales si condone n el último año? f. ¿Usted o su pareja usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales?	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
		No	No está seguro	Si	
		No	No está seguro	Si	
		No	No está seguro	Si	
		No	No está seguro	Si	
		No	No está seguro	Si	
		No	No está seguro	Si	

46	¿Tiene alguna pregunta sobre su orientación sexual (que estás atraído a) o la identidad de género (cómo se siente como un niño, niña, o de otro género)? <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
48	¿Algún miembro de la familia o contacto ha tenido tuberculosis? <i>Family member or contact had TB?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	Tuberculosis Risk
49	¿Algún miembro de la familia ha tenido un resultado positivo en la prueba de tuberculosis? <i>Family had +TB test?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
50	¿Naciste en un país de alto riesgo (cualquier país con excepción de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o un país en Europa Occidental o del Norte)? <i>Born in a high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
51	¿Has viajado a un país de alto riesgo durante más de 1 semana? <i>Traveled to high risk country?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	
52	¿Tu padre, madre o cuidador de crianza tienen un diploma de la secundaria? <i>Does your primary caregiver (parent or guardian) have a high school degree?</i>	Si <i>Yes</i>	No está seguro <i>Unsure</i>	No	Other Questions
53	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	No está seguro <i>Unsure</i>	Si <i>Yes</i>	

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Provided Handout	Ordered Follow-up	Comments
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined WCA
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Parenting Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature		Print Name			Date