

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"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | |

| | | | | | |
|--|---|----------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| <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 mantenerse saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Sus respuestas serán protegidos como parte de su registro médico del niño.</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 termino la fórmula para su bebé? <i>In past month, did you run out of formula for your baby?</i> | Si Yes | Amamantar Breastfeed | No | Physical Activity |
| 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 | |
| 7 | ¿Su bebé mira televisión? <i>Baby watches any TV?</i> | No | No está seguro Unsure | Si Yes | Sleep |
| 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 | |
| 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, ¿ha tenido miedo de su pareja? <i>In the past year, have you felt afraid of your partner?</i> | No | No tengo pareja <i>No partner</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 19 | Durante el año pasado, ¿ha pensado en obtener una orden de protección? <i>In the past year, have you thought of getting a court order for protection?</i> | No | No tengo pareja <i>No partner</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 20 | ¿Su bebé ha visto a los adultos en el hogar golpearse, bofetearse, patearse, o físicamente amenazarse uno al otro? <i>Has your baby ever witnessed adults in the home hitting, slapping, kicking or physically threatening each other?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 21 | ¿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> | | |
| 22 | 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 | |
| 23 | ¿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 | |
| 24 | ¿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 | | |
| 25 | ¿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> | | |
| 26 | ¿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> | | |
| 27 | ¿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> | | |
| 28 | ¿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> | | |
| 29 | 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: |
| 30 | ¿Su bebé ha vivido con alguien que estaba 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> | | |
| 31 | ¿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 | |
| 32 | Durante las últimas tres meses, durante una sola ocasión, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol? <i>On any single occasion, during the past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 33 | ¿Su bebé pasa tiempo con alguien que usa drogas o beben demasiado alcohol? <i>Does your baby spend time with anyone who uses drugs or drinks too much alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 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 <i>Unsure</i> | Si <i>Yes</i> | | |

| | | | | | |
|----|--|--|---------------------------------|------------------|----------------------|
| 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> | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined SHA |
| <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"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | |

| | | | | | |
|--|---|----------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| <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 mantenerse saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Sus respuestas serán protegidos como parte de su registro médico del niño.</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 termino 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, ¿ha tenido miedo de su pareja? <i>In the past year, have you felt afraid of your partner?</i> | No | No tengo pareja <i>No partner</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 21 | Durante el año pasado, ¿ha pensado en obtener una orden de protección? <i>In the past year, have you thought of getting a court order for protection?</i> | No | No tengo pareja <i>No partner</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 22 | ¿Su bebé ha visto a los adultos en el hogar golpearse, bofetearse, patearse, o físicamente amenazarse uno al otro? <i>Has your baby ever witnessed adults in the home hitting, slapping, kicking or physically threatening each other?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 23 | ¿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> | | |
| 24 | 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 | |
| 25 | ¿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 | |
| 26 | ¿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 | | |
| 27 | ¿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> | | |
| 28 | ¿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> | | |
| 29 | ¿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> | | |
| 30 | ¿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> | | |
| 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 | Mental Health Total Part A: Total Part B: |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 32 | ¿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> | | |
| 33 | ¿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 | |
| 34 | Durante las últimas tres meses, durante una sola ocasión, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol? <i>On any single occasion, during the past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 35 | ¿Su bebé pasa tiempo con alguien que usa drogas o beben demasiado alcohol? <i>Does your baby spend time with anyone who uses drugs or drinks too much alcohol?</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> | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined SHA |
| <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 | | | | | Date |
| Print Name | | | | | |

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"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) |

| | | | | | |
|--|--|----------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| <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 mantenerse saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Sus respuestas serán protegidos como parte de su registro médico del niño.</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> | | | | 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 Yes | No está seguro Unsure | 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 Yes | No está seguro Unsure | No | |
| 20 | Cuando su hijo está en la tina, ¿permanece con él en todo momento ? <i>Always stay with child in bathtub?</i> | Si Yes | No está seguro Unsure | 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 Yes | No está seguro Unsure | 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 Yes | No está seguro Unsure | 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 Yes | No está seguro Unsure | 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 Unsure | Si Yes | |
| 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 Unsure | Si Yes | |
| 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 Yes | No usa Doesn't ride | No | |
| 27 | Durante el año pasado , ¿ha tenido miedo de su pareja? <i>In the past year, have you felt afraid of your partner?</i> | No | No tengo pareja No partner | Si Yes | |
| 28 | Durante el año pasado , ¿ha pensado en obtener una orden de protección? <i>In the past year, have you thought of getting a court order for protection?</i> | No | No tengo pareja No partner | Si Yes | |
| 29 | ¿Su niño/a ha visto a los adultos en el hogar golpearse, bofetearse, patearse, o físicamente amenazarse uno al otro? <i>Has your child ever witnessed adults in the home hitting, slapping, kicking or physically threatening each other?</i> | No | No está seguro Unsure | Si Yes | |
| 30 | ¿Su niño/a ha vivido con un padre/madre u otros adultos que a menudo golpeado, bofetado o pateado al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who often hit, slapped or kicked the child?</i> | No | No está seguro Unsure | Si Yes | |
| 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 Unsure | Si Yes | |
| 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 Yes | No está seguro Unsure | 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 Never | A veces Sometimes | Seguido Often | Parenting Stress |
| 34 | ¿Usa malas palabras o insulta a su niño/a? <i>Do you swear at or insult your child?</i> | Nunca Never | A veces Sometimes | Seguido Often | |
| 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 Never | A veces Sometimes | Seguido Often | |
| 36 | ¿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 | |
| 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 Unsure | Si Yes | |

| | | | | | | |
|----|---|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|
| 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, durante una sola ocasión, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol? <i>On any single occasion, during the past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | | Si <i>Yes</i> | |
| 45 | ¿Su niño/a pasa tiempo con alguien que usa drogas o beben demasiado alcohol? <i>Does your child spend time with anyone who uses drugs or drinks too much alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | | Si <i>Yes</i> | |
| 46 | ¿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> | |
| 47 | ¿Su niño/a ha sido tocado sexualmente por un adulto o alguien mas de 5 años mayores que su niño/a, o un adulto o alguien mas de 5 años mayores que su niño preguntaron a tocar su niño/a sexualmente? <i>Child ever 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 |
| 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 | ¿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> | |
| 51 | ¿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> | |
| 52 | ¿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 |

| | | | | | |
|----|---|--|---------------------------------|------------------|--|
| 53 | ¿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 | | | |
| 54 | ¿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> | |
| 55 | ¿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> | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined SHA |
| <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 Issues | <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"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | |

| | | | | | |
|--|---|----------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| <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 mantenerse saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Sus respuestas serán protegidos como parte de su registro médico del niño.</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> | | | | 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 , ¿ha tenido miedo de su pareja? <i>In the past year, have you felt afraid of your partner?</i> | No | No tengo pareja <i>No partner</i> | Si <i>Yes</i> | |
| 27 | Durante el año pasado , ¿ha pensado en obtener una orden de protección? <i>In the past year, have you thought of getting a court order for protection?</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 golpearse, bofetearse, patearse, o físicamente amenazarse uno al otro? <i>Has your child ever witnessed adults in the home hitting, slapping, 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 a menudo golpeado, bofetado o pateado al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who often hit, slapped or kicked the 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, durante una sola ocasión, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol? <i>On any single occasion, during the past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | | Si <i>Yes</i> | |
| 44 | ¿Su niño/a pasa tiempo con alguien que usa drogas o beben demasiado alcohol? <i>Does your child spend time with anyone who uses drugs or drinks too much alcohol?</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 | ¿Su niño/a ha sido tocado sexualmente por un adulto o algien mas de 5 anos mayores que su niño/a, o un adulto o algien mas de 5 anos mayores que su niño preguntaron a tocar su niño/a sexualmente? <i>Child ever 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 |
| 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> | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined SHA |
| <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 Issues | <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 | | | |

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"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | <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 mantenerse saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Sus respuestas serán protegidos como parte de su registro médico del niño.</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 | |
| 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 | 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 | ¿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 , ¿ha tenido miedo de su pareja? <i>In the past year, have you felt afraid of your partner?</i> | No | No tengo pareja <i>No partner</i> | Si <i>Yes</i> | |
| 21 | Durante el año pasado , ¿ha pensado en obtener una orden de protección? <i>In the past year, have you thought of getting a court order for protection?</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 golpearse, bofetearse, patearse, o físicamente amenazarse uno al otro? <i>Has your child ever witnessed adults in the home hitting, slapping, 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 a menudo golpeado, bofetado o pateado al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who often hit, slapped or kicked the 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 Yes | |
| 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 Yes | Substance Exposure |
| 40 | Durante las últimas tres meses, durante una sola ocasión, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol? <i>On any single occasion, during the past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | | Si Yes | |
| 41 | ¿Su niño/a pasa tiempo con alguien que usa drogas o beben demasiado alcohol? <i>Does your child spend time with anyone who uses drugs or drinks too much alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | | Si Yes | |
| 42 | ¿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 Yes | |
| 43 | ¿Su niño/a ha sido tocado sexualmente por un adulto o algien mas de 5 anos mayores que su niño/a, o un adulto o algien mas de 5 anos mayores que su niño preguntaron a tocar su niño/a sexualmente? <i>Child ever touched, or asked to touch, an adult or someone at least 5 years older sexually?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | | Si Yes | Sexual Issues |
| 44 | ¿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 Yes | Tuberculosis Risk |
| 45 | ¿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 Yes | |
| 46 | ¿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 Yes | |
| 47 | ¿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 Yes | |
| 48 | ¿Tiene un diploma de la secundaria? <i>Do you have a high school degree?</i> | Si Yes | No está seguro <i>Unsure</i> | | No | Other Questions |
| 49 | ¿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 Yes | |

Si la respuesta es afirmativa, describa:

| <i>Clinic Use Only</i> | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined SHA |
| <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 Issues | <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"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | <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 mantenerse saludable. Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar. Si desea usted también puede agregar explicaciones. Sus respuestas serán protegidos como parte de su registro médico del niño.</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 , ¿ha tenido miedo de su pareja? <i>In the past year, have you felt afraid of your partner?</i> | No | No tengo pareja <i>No partner</i> | Si <i>Yes</i> | |
| 20 | Durante el año pasado , ¿ha pensado en obtener una orden de protección? <i>In the past year, have you thought of getting a court order for protection?</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 golpearse, bofetearse, patearse, o físicamente amenazarse uno al otro? <i>Has your child ever witnessed adults in the home hitting, slapping, 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 a menudo golpeado, bofetado o pateado al niño? <i>Has your child ever lived with a parent or other adult who often hit, slapped or kicked the 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, durante una sola ocasión, ¿usted ha tomado más de 4 tragos de alcohol? <i>On any single occasion, during the past three months, have you had more than 4 drinks containing alcohol?</i> | No | No está seguro <i>Unsure</i> | Si <i>Yes</i> | | |
| 43 | ¿Su niño/a pasa tiempo con alguien que usa drogas o beben demasiado alcohol? <i>Does your child spend time with anyone who uses drugs or drinks too much alcohol?</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 | ¿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 |
| 46 | ¿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> | | |
| 47 | ¿Su niño/a ha sido tocado sexualmente por un adulto o algien mas de 5 anos mayores que su niño/a, o un adulto o algien mas de 5 anos mayores que su niño preguntaron a tocar su niño/a sexualmente? <i>Child ever 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> | | |
| 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 | ¿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> | | |
| 51 | ¿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> | | |
| 52 | ¿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 |

| | | | | | |
|----|---|----|---------------------------------|------------------|--|
| 53 | ¿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> | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined SHA |
| <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 Issues | <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"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | <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 |

Por favor responda todas las preguntas en este formulario lo mejor pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudarle a mantenerse saludable. **Usted puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o no desea contestar.** Si desea usted también puede agregar explicaciones. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

| | | | | | <i>Clinic Use Only:</i> |
|----|---|----------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| 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 golpear, bofetear, patear, o físicamente amenazarse uno al otro? <i>Have you ever witnessed adults in the home hitting, slapping, kicking or physical 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 dejó 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 más 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 0 0 0 0 | Varios días 1 1 1 1 | Más de la mitad de los días 2 2 2 2 | Casi todos los días 3 3 3 3 | Total Part A: Total Part B: |

| | | | | | |
|--|--|----|---------------------------------|------------------|-----------------------|
| 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 | |

| | | | | | |
|----|---|------------------|---------------------------------|------------------|-------------------|
| 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 | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patient Declined SHA |
| <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 Issues | <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 | |