

Revisión del niño sano a la edad de 5 años

Nombre: _____

Fecha: _____

Dieta:

¿El niño desayuna todos los días? _____

¿Cuántos lácteos recibe su hijo? _____

¿El niño recibe calcio 1000 mg / al día y vitamina D (600 UI / al día)? _____

¿Su hijo consume más de 5 porciones de frutas y verduras al día? _____

¿Su hijo tiene un límite de dulces, bebidas dulces, y alimentos altos en grasa?

Dental:

¿El niño se cepilla con pasta dental con fluoruro dos veces al día? _____

¿El niño ha ido al dentista? _____ Recomendar cada 6 meses

¿Le han hecho tratamientos con fluoruro al niño? _____

Eliminación:

¿Su hijo tiene heces regulares? _____

¿Su hijo orina regularmente? _____

Dormir:

¿Su hijo está durmiendo de 11 a 13 horas? _____

¿Su hijo duerme toda la noche? _____

¿Su hijo toma siestas? _____

Comportamiento/temperamento

¿Tienes alguna inquietud?

Desarrollo:

¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo, comportamiento o aprendizaje de su hijo? Sí No

En caso afirmativo, por favor descríballo:

Los niños de 5 años casi todos lo harán (por favor, marque sí o no)

- | | |
|---|-------|
| - Prepara su propio cereal | si no |
| - Se cepilla los dientes sin ayuda | si no |
| - Jugar un juego de mesa o de cartas | si no |
| - Se viste sin ayuda | si no |
| - Elige una línea más larga y copia un cuadrado | si no |
| - Dibujar 3-6 puntos de una persona | si no |
| - Conoce 3 adjetivos | si no |
| - Definir 5 palabras | si no |
| - Conoce cuatro o más colores | si no |
| - Mantiene el equilibrio en un pie durante 4 segundos | si no |

Algunos niños pueden

- | | |
|---|-------|
| - Conoce los opuestos | si no |
| - Mantiene el equilibrio en un pie durante 5 segundos | si no |
| - Saltar | si no |
| - Cuenta hasta 10 | si no |
| - Siga instrucciones sencillas | si no |
| - Escuchar y atender | si no |
| - Camina con el talón o de puntitas | si no |

Social:

¿Algún cambio en el hogar o nuevos factores estresantes?

Actividad física:

A los niños se les debe proporcionar oportunidades para la actividad física diaria que sea apropiada para su edad y desarrollo. Se debe hacer hincapié en el juego en lugar del ejercicio estructurado. Del mismo modo, enfatice las actividades que involucran a toda la familia para promover una cultura de actividad familiar. Trate de realizar al menos 60 minutos de actividad física y juego activo cada día.



Ages & Stages Questionnaires®

57 meses 0 días a 66 meses 0 días

Cuestionario de 60 meses

Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.

Fecha en que se completó el cuestionario: _____



Información del niño/a:

Nombre del niño/a: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s) del niño/a: _____

Sexo del niño/a:
 Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Parentesco con el niño/a:
 Padre/madre Tutor Maestro/a Educador/a o asistente de preescolar
 Abuelo/a u otro pariente Madre/padre de acogida Otro/a: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ # de teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Su dirección electrónica: _____

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario: _____

Información del programa

de identificación del niño/a: _____

de identificación del programa: _____

Nombre del programa: _____



En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____.

Notas:

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Sin hacer señas para ayudarlo ni repetir las instrucciones, ¿puede su niño llevar a cabo tres acciones <i>completamente diferentes</i> cuando Ud. se lo pide? Debe decirle las tres instrucciones antes de que él comience a hacerlas. Por ejemplo, le puede pedir, "Aplauda con las manos, camina hasta la puerta, y siéntate", o "Dame la pluma, abre el libro, y ponte de pie".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. ¿Usa su niña oraciones de cuatro y cinco palabras? Por ejemplo, ¿dice su niña, "Quiero el coche verde", o "Quiero ponerme el suéter rojo"? Por favor, escriba un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; height: 60px; width: 100%;"></div>				
3. Al hablar de algo que ya ha pasado, ¿usa su niño el tiempo pasado de los verbos (con terminaciones como -é, -aste, -ió, -ieron, etc.) como <i>camínaron, jugué, o brincamos</i> ? Hágale preguntas a su niño como, "¿Cómo te fuiste a la tienda?" ("Caminé".) "¿Qué hiciste en la casa de tus amigas?" ("Jugamos a las muñecas".) Por favor, escriba un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; height: 60px; width: 100%;"></div>				
4. ¿Usa su niña palabras comparativas, como "más pesado que", "más fuerte que", o "más bajo que"? Haga frases que incluyan una comparación y pídale a su niña que complete la frase. Por ejemplo, "Un auto es grande, pero un autobús es" _____ (más grande); "Un gato es pesado, pero un hombre es" _____ (más pesado); "Un televisor es pequeño, pero un libro es" _____ (más pequeño). Por favor, escriba un ejemplo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; height: 60px; width: 100%;"></div>				

COMUNICACION (continuación)

5. ¿Contesta su niño las siguientes preguntas? (Marque "a veces" si su niño responde a una sola de las 2 preguntas.)

"¿Qué haces cuando tienes hambre?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "pido algo de comer", "como", y "hago un sandwich".) Por favor, escriba la respuesta de su niño:

"¿Qué haces cuando tienes sueño?" (Las respuestas aceptables incluyen frases como "me acuesto", "duermo", y "me siento".) Por favor escriba la respuesta de su niño:

6. ¿Puede repetir su niña las siguientes oraciones sin cometer errores? (Lea las oraciones en voz alta una por una. Ud. puede repetir cada oración una vez. Marque "sí" si su niña repite ambas oraciones sin errores o "a veces" si su niña sólo repite una oración sin errores.)

Juanita esconde sus zapatos para que María los encuentre.

Miguel leyó el libro azul debajo de la cama.

SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

TOTAL EN COMUNICACION _____

MOTORA GRUESA

1. Al estar de pie, ¿su niño lanza una pelota hacia adelante, tirándola en la dirección de una persona que está a una distancia de al menos 6 pies (2 metros)? Su niño debe levantar el brazo a la altura del hombro para lanzarla. (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)



SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. Cuando Ud. le lanza una pelota grande, ¿su niño la agarra con las dos manos? (Ud. debe situarse a unos 5 pies, o 1.5 metros, de su niño y darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

3. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿se para en un solo pie al menos por 5 segundos sin perder el equilibrio y sin bajar el otro pie para apoyarse? (Ud. puede darle dos o tres oportunidades para hacer la actividad antes de marcar la respuesta.)



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

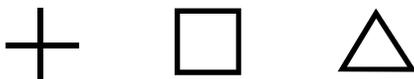
MOTORA GRUESA (continuación)

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 4. ¿Puede su niño andar de puntas una distancia de 15 pies (aproximadamente la longitud de un auto grande)? <i>(Ud. puede demostrarle cómo hacerlo.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. ¿Puede su niña saltar hacia adelante con un pie una distancia de 4–6 pies (1,5–2 metros) sin bajar el otro pie? <i>(Ud. le puede dar dos oportunidades con cada pie. Marque "a veces" si su niña puede saltar con uno de los pies, pero no con el otro.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. ¿Puede su niño brincar alternando cada pie? <i>(Ud. puede demostrarle cómo.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

TOTAL EN MOTORA GRUESA _____

MOTORA FINA

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Pídale a su niña que trace sobre la línea de abajo con un lápiz. ¿Puede trazar la línea sin salirse de la raya más de dos veces? <i>(Marque "a veces" si su niña se sale de la raya tres veces.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <hr style="border: 2px solid black; width: 30%; margin: 10px auto;"/> | | | | |
| 2. Pídale a su niño que haga un dibujo de una persona en un papel en blanco. Ud. puede decirle: "Hazme un dibujo de un chico o de una chica". Si su niño dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos, y piernas, marque "sí". Si su niño dibuja una persona incluyendo solamente tres partes del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "a veces". Si su niño dibuja una persona incluyendo dos partes o menos del cuerpo (cabeza, tronco, brazos, o piernas), marque "todavía no". Asegúrese de entregar la hoja con el dibujo que hizo con este cuestionario. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. Dibuje una línea en una hoja de papel. Usando tijeras para niños, ¿puede su niña cortar el papel a la mitad, siguiendo (más o menos) una línea recta y haciendo que las tijeras se abran y se cierren? <i>(Por razones de seguridad, observe a su niña cuidadosamente mientras hace esta actividad.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|  | | | | |
| 4. Usando las siguientes figuras como modelos, ¿puede su niño copiar las figuras en el espacio proporcionado abajo sin trazarlas por encima? <i>(Sus dibujos deben parecerse a los modelos, aunque pueden ser de diferentes tamaños. Marque "sí" si puede copiar las tres figuras; marque "a veces" si puede copiar solamente dos.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |



(Espacio para las figuras de su niño)

MOTORA FINA *(continuación)*

5. Usando las siguientes letras como modelos, ¿puede su niña copiar las letras sin trazarlas por encima? Cubra todas las letras menos la letra que está copiando. (Marque "sí" si su niña puede copiar cuatro de las letras y Ud. puede reconocerlas. Marque "a veces" si puede copiar dos o tres letras y Ud. puede leerlas.)

V H T C A

(Espacio para las letras de su niña)

6. Escriba con letra de molde el nombre de su niño. ¿Puede él copiar las letras? Las letras que haga su niño pueden ser de diferentes tamaños, estar invertidas, o al revés. (Marque "a veces" si su niño copia cerca de la mitad de las letras.)

(Espacio para las letras de Ud.)

(Espacio para las letras de su niño)

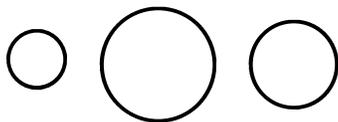
SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

TOTAL EN MOTORA FINA _____

RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Si Ud. le pregunta, "Cuál círculo es el más pequeño?" ¿apunta su niña al círculo correcto? (Haga esta pregunta sin ayudarle a través de señas o gestos que le puedan indicar cuál es el círculo más pequeño.)



2. Si Ud. le muestra diferentes objetos y le pregunta a su niño, "¿De qué color es esto?" ¿dice los nombres de cinco colores diferentes, como rojo, azul, amarillo, anaranjado, negro, blanco, o rosado? (Marque "sí" solamente si contesta la pregunta correctamente mencionando al menos cinco colores.)

SI	A VECES	TODAVIA NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 3. ¿Puede su niña contar hasta 15 sin errores? Si puede hacerlo, marque "sí". Si su niña cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. ¿Puede su niño completar las siguientes oraciones usando una palabra que significa lo opuesto de la palabra que está en cursiva? Por ejemplo: "Una piedra es <i>dura</i> , y una almohada es <i>blanda (suave)</i> ". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

Escriba las respuestas de su niño en los espacios provistos:

Una vaca es *grande*, y un ratón es

El hielo es *frío*, y el fuego es

Vemos las estrellas durante la *noche*, y vemos el sol durante el

Cuando tiro una pelota hacia *arriba*, se cae hacia

(Marque "sí" si su niño puede completar tres de las cuatro oraciones correctamente. Marque "a veces" si completa dos de las cuatro oraciones correctamente.)

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 5. ¿Sabe su niña los nombres de los números? <i>(Marque "sí" si puede identificar los tres números de abajo. Marque "a veces" si puede identificar dos números.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

3 1 2

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 6. ¿Puede su niño nombrar por lo menos cuatro letras en su nombre? Apunte a las letras y pregúntele, "¿Qué letra es ésta?" <i>(Apunte a las letras pero fuera de orden.)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Usa cubiertos para servirse comida, sacándola de un recipiente y poniéndola en otro? Por ejemplo, ¿su niña puede usar una cuchara grande para sacar puré de manzana de un recipiente y ponerlo en un plato hondo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Se lava las manos con agua y jabón y después se seca sin ayuda? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 3. ¿Puede su niño decirle por lo menos cuatro de los siguientes datos? Por favor, marque los datos que su niño le dice correctamente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <input type="radio"/> a. Su nombre | <input type="radio"/> | | | |
| <input type="radio"/> b. Su edad | <input type="radio"/> | | | |
| <input type="radio"/> c. La ciudad en que vive | <input type="radio"/> | | | |
| <input type="radio"/> d. Su apellido | <input type="radio"/> | | | |
| <input type="radio"/> e. Si es niño o niña | <input type="radio"/> | | | |
| <input type="radio"/> f. Su número de teléfono | <input type="radio"/> | | | |

SOCIO-INDIVIDUAL (continuación)

	SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
4. ¿Su niña se viste y se desviste sin ayuda, abotonando botones de tamaño mediano y subiendo o bajando cierres (cremalleras) que se encuentren en la parte frontal de la ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. ¿Puede su niño ir al baño solo? <i>(Esto incluye ir al baño, sentarse en el excusado/inodoro, limpiarse, y jalarle al baño.)</i> Marque "sí" aunque lo haga después de que Ud. se lo recuerda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. ¿Su niña usualmente comparte cosas con otros niños/niñas y espera su turno cuando hace actividades con otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL _____

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique: SI NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique: SI NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique: SI NO

4. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique: SI NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

5. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad?
Si contesta "no", explique:

 SI NO

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo?
Si contesta "sí", explique:

 SI NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

8. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

9. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

10. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO



Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____
 # de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del programa/proveedor: _____

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase ASQ-3 User's Guide para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sumo los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

Área	Límite	Puntaje Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	33.19		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora gruesa	31.28		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Motora fina	26.54		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Resolución de problemas	29.99		●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○
Socio-individual	39.07		●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○

2. TRANSFERIA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del ASQ-3 User's Guide para obtener información sobre las pautas a seguir.

- | | | | | | |
|---|----|-----------|---|-----------|----|
| 1. ¿Oye bien?
Comentarios: | Sí | NO | 6. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia?
Comentarios: | SI | No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad?
Comentarios: | Sí | NO | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SI | No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a?
Comentarios: | Sí | NO | 8. ¿Hay problemas de salud recientes?
Comentarios: | SI | No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a?
Comentarios: | Sí | NO | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento?
Comentarios: | SI | No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | Sí | NO | 10. ¿Otras preocupaciones?
Comentarios: | SI | No |

3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ: Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el *Puntaje total* de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el niño/a tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje del niño/a está por encima de las expectativas, y el desarrollo del niño/a parece estar bien hasta ahora.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al niño/a y vigile su progreso.

Si el *Puntaje total* está dentro del área , el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. SEGUIMIENTO DEL ASQ: Marque todos los que apliquen.

- Dar actividades adicionales y reevaluar en _____ meses.
- Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): _____.
- Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- No tomar medidas adicionales en este momento.
- Medida adicional (favor de escribirla): _____.

5. OPCIONAL: Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

	1	2	3	4	5	6
Comunicación						
Motora gruesa						
Motora fina						
Resolución de problemas						
Socio-individual						

HISTORIAL DE SALUD DE AUDICIÓN
Para uso de Chequeos KBH para niños de cinco años.

Los niños que han tenido muchas infecciones del oído y periodos de sordera son mas probables a tener dificultades de lenguaje, vocabulario, y para escuchar. Cierta historia es beneficiosa para una evaluación más completa.

Padres o guardián(es), por favor contesten las siguientes preguntas:

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Doctor primario: _____

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Su niño(a) tuvo problemas* del oído antes de la edad de 1 año? | SI | NO |
| 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido liquido en el oído? | SI | NO |
| 3. ¿Aproximadamente cuantos problemas de oído ha tenido su niño(a) en su vida?
0-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10 o más <input type="checkbox"/> | | |
| 4. ¿Su niño(a) suele tener 4 o más problemas de oído al año? | SI | NO |
| 5. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído durante los últimos 6 meses? | SI | NO |
| 6. ¿Su niño(a) ha tenido un problema del oído que duro 3 meses o más? | SI | NO |
| 7. ¿Alguna persona relacionada al niño(a) ha tenido muchos problemas del oído? | SI | NO |
| 8. ¿Alguna vez a visto un especialista a su niño(a)?
¿Si sí, que doctor? _____
¿Mes/Año de la última visita? _____ | SI | NO |
| 9. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido tubos colocados en el tímpano?
¿Si sí, cuántas veces? _____
¿En/A qué edad(es)? _____
¿Cuál oído? _____ | SI | NO |
| 10. ¿Le preocupa la audiciencia de su niño(a)? | SI | NO |
| 11. Por favor marque todos que apliquen a su niño(a): | SI | NO |

Viruela lesión en la cabeza meningitis episodio de fiebre muy alta

Otras condiciones serias como cáncer

Por favor describa la condición

*Problema del oído = infección del oído, dolor de oídos, medicina que se tomó para los oídos, líquido detrás del tímpano, agujero en el tímpano, etc.

REFERENCIA ES NECESARIA SI UN NIÑO RESPONDE DI A CUALQUIER UN INDICADOR EN UNA PANTALLA DE PAPEL DE LA AUDIENCIA INICIAL.

Screener: _____ **Date:** _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED.



Cuestionario Obligatorio para Examen de Plomo en la Sangre

Debe ser completado en cada examen de KBH de 6 a 72 meses

Su hijo: (circule la respuesta recibida)	FECHA: (MM/DD/YYYY)					
1) ¿A vivido en o visitado una casa o apartamento construido antes del 1960? (Esto puede incluir una guardería, preschool, la casa de su niñera o un pariente.)	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2) ¿A vivido en o visitado regularmente una casa o apartamento construido antes del 1960 que este, aya estado, o vaya estar bajo renovación o remodelación?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3) ¿Tiene un pariente con un alto nivel de plomo en la sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4) ¿Tiene comunicación con un adulto que trabaje o que tenga un pasatiempo que involucre la exposición a plomo? acabado de muebles, haciendo vidrio manchado, electrónicos, soldando, reparación automotriz, haciendo pesas o señuelos para pescar, cargando casquillos o balas en una escopeta, disparando armas, haciendo reparos o remodelaciones, pintando/desmontando pintura, juguetes antiguos o importados, y/o haciendo cerámica	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
5) ¿A vivido cerca de un fundidor de plomo, planta de baterías u otra industria de plomo? parque/explosivos, reparación de auto/ exterior de auto, quitando o juntando cable/alambre, produciendo cables, cerámica, rango de disparos, fabrica de vidrio plomado, maquinaria/equipo industrial, maquinaria o reparación de joyas, mina de plomo, fabricante de pintura/pigmento, plomería, reparación de radiador, yunque de metal o baterías, hierro o metal, o fundidor derretido	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
6) ¿Usa trastes cristalinos o de cerámica para cocinar, comer o beber?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Una respuesta positiva a estas preguntas exige obtener el nivel de plomo en la sangre. Por favor, recuerde que el nivel de plomo en la sangre es obligatorio a los 12 y 24 meses, aunque las respuestas no sean positivas. ¿Se obtuvo el nivel de sangre?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Iniciales de Personal que dio la entrevista						

Firma de Personal:

POR FAVOR NOTE QUE LOS PROVEEDORES DEBE INTERPRETAR E INICIAR CUIDADO SE INDICA.

Nombre del Paciente: _____

Numero de ID: _____

Well Child Check Visual Acuity

Corrected: Yes / No

OD - Right eye: 20/____

OS - Left eye: 20/____

OU - Both eyes: 20/____

Patient is unable to complete visual acuity due to:

***Please remember to document in Cerner intake