

Cuestionario pre-consulta: 4 años de edad

Instrucciones: Favor de contestar las siguientes preguntas respecto a su hijo(a); marque con círculo o con una X la elección correcta. Esto nos ayuda a valorar la salud, desarrollo y seguridad de su hijo(a).

Salud en general

1	¿Tiene alguna inquietud acerca de la salud de su niño?	NO	SÍ
2	¿Ha tenido el(la) niño(a) problemas con sus vacunas o inyecciones?	NO	SÍ
3	¿Recibe atención médica de alguien aparte de un doctor en medicina (es decir, acupunturista, herborista, o naturópata)?	NO	SÍ

Repaso de sistemas

4	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido auditivo del niño?	NO	SÍ
5	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido de la vista del niño?	NO	SÍ
6	¿Tiene alguna inquietud respecto a las alergias?	NO	SÍ

Alimentación / Nutrición

7	¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	SÍ	NO
8	Cuando su hijo come granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?	SÍ	NO
9	¿Come o bebe el niño al menos entre 2 a 3 porciones de alimentos ricos en calcio al día (frijoles, verduras de hoja verde, leche, yogurt, queso)?	SÍ	NO
10	¿Come la familia comida chatarra (papitas, galletas, dulces) o comida rápida más que 2-3 veces por semana?	NO	SÍ
11	¿Su hijo come bocadillos más de 1 a 2 veces al día con alimentos que no sean frutas y verduras?	NO	SÍ
12	¿Toma el niño jugo, soda u otras bebidas azucaradas más que 1-2 veces por semana?	NO	SÍ
13	¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento?	NO	SÍ
14	¿Le preocupa el peso corporal del niño?	NO	SÍ

Lípidos

15	¿Tiene el niño padres que hayan sufrido un derrame o ataque de corazón antes de haber cumplido 55 años de edad?	NO	SÍ
16	¿Tiene el niño padre o madre o hermano con alto nivel de colesterol?	NO	SÍ

Higiene bucal

17 ¿Consulta el niño al dentista al menos dos veces al año?	SÍ	NO
---	----	----

Eliminación

18 ¿Defeca regularmente el niño con heces blandas?	SÍ	NO
19 ¿Su hijo usa el sanitario durante el día?	SÍ	NO

Escuela

20 ¿Va el niño a pre-escuela?	SÍ	NO
21 ¿Le inquieta algún aspecto del aprendizaje o de la conducta?	NO	SÍ

Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla

22 ¿Pasa el niño más de 1 hora 'de pantalla' al día (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
23 ¿Tiene el niño acceso a una pantalla desde la recámara?	NO	SÍ
24 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO
25 ¿Llevan a cabo actividades educativas en familia como ir a la biblioteca, al museo, o caminatas por la naturaleza?	SÍ	NO
26 ¿Se reúnen a la hora de comer para estar en familia?	SÍ	NO
27 ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta)	SÍ	NO

Sueño

28 ¿Tiene alguna preocupación sobre el sueño de su hijo?	NO	SÍ
29 ¿Ronca el niño un poco más de lo esperado?	NO	SÍ
30 ¿Su hijo duerme de 10 a 13 horas al día (en la noche y siestas)?	SÍ	NO

Estresores sociales

31 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
32 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
33 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
34 ¿Siempre se siente seguro/a en su casa?	SÍ	NO	

Comportamiento

35 ¿Tiene alguna pregunta sobre cómo disciplinar al niño?	NO	SÍ
36 ¿Elogia al niño cuando él (ella) hace algo bien?	SÍ	NO
37 ¿Le ofrece opciones o alternativas a su hijo? (Por ejemplo, de comida, actividades)	SÍ	NO

Desarrollo

38 ¿Habla bien el niño mediante frases largas y con sentido?	SÍ	NO
39 ¿Entiende la gente totalmente lo que el niño dice?	SÍ	NO
40 ¿Puede el niño crear historias y situaciones de fantasía?	SÍ	NO
41 ¿Puede saltar el niño sobre un pie 4 a 5 veces?	SÍ	NO
42 ¿Conoce el niño 4 colores o más?	SÍ	NO
43 ¿Puede contar el niño hasta 10?	SÍ	NO
44 ¿Puede el niño hacer una torre de 8 cubos o más?	SÍ	NO
45 ¿Puede el niño dibujar una figura humana con al menos 3 partes?	SÍ	NO
46 ¿Puede el niño copiar una cruz?	SÍ	NO
47 ¿Puede el niño vestirse sin supervisión?	SÍ	NO

Seguridad

48 ¿Le habla a su hijo acerca de la seguridad ante gente extraña?	SÍ	NO	
49 ¿Sabe el niño(a) que sus partes privadas son privadas?	SÍ	NO	
50 ¿Usa casco el niño cuando anda en bicicleta, patines, esquiando o en patineta sobre la nieve?	SÍ	NO	
51 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
52 ¿Hay alguna arma en la casa?	NO	SÍ	
a. En caso afirmativo (Sí), ¿está encerrada en una caja fuerte, con las municiones almacenadas por separado?	SÍ	NO	NO APLICA
53 ¿Viaja el niño en un asiento de seguridad con vista hacia en frente y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
54 Si su hijo tiene la piel clara, ¿se aplica protector solar si está afuera al sol durante más de 15 a 30 minutos?	SÍ	NO	NO APLICA
55 ¿Deja usted solo alguna vez al niño en el auto, en la casa o en el jardín?	NO	SÍ	
56 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO	
57 ¿Tiene usted un plan de escape en caso de incendio?	SÍ	NO	

Tuberculosis

58 ¿Ha padecido tuberculosis (TB) uno de sus familiares o contactos?	NO	SÍ
59 ¿Ha resultado positivo alguna vez uno de sus familiares con la prueba de piel (PPD)?	NO	SÍ
60 ¿Nació el niño en un país de alto riesgo (que no son EE.UU., Canadá, Australia, o Europa occidental)?	NO	SÍ
61 ¿Ha viajado el niño a algún país de alto riesgo durante más de un mes?	NO	SÍ