



Cuestionario previo a la visita de diez años

¿Sobre qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene usted algunas preocupaciones, preguntas o problemas que quiere discutir hoy? _____

Preguntas acerca de su niño(a).

¿Algún pariente de su niño(a) ha desarrollado nuevos problemas médicos desde su última visita?

Sí No No estoy segura/o En caso afirmativo, por favor explique: _____

***Tuberculosis**

¿Nació su niño(a) en un país con alto riesgo de tuberculosis (países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o Europa Occidental)? Sí No No estoy segura/o

¿Ha viajado su niño(a) (tuvo contacto con poblaciones residentes) por más de una semana a un país con alto riesgo de tuberculosis? Sí No No estoy segura/o

¿Ha tenido un miembro de la familia o persona de contacto tuberculosis o prueba de tuberculina positiva? Sí No No estoy segura/o

¿Está infectado(a) su niño(a) con VIH? Sí No No estoy segura/o

***Dislipidemia**

¿Tiene su niño(a) padres o abuelos que hayan sufrido insuficiencia cardíaca o problema cardíaco antes de la edad de 55 años? Sí No No estoy segura/o

¿Tiene su niño(a) un padre con colesterol alto en la sangre (240 mg/dL o más alto), o que esté tomando medicamento para colesterol? Sí No No estoy segura/o

Anemia

¿Come su niño(a) una dieta vegetariana estricta? Sí No No estoy segura/o

Si su niño(a) es vegetariano(a), ¿toma su niño(a) un suplemento de hierro? Sí No No estoy segura/o

¿Incluye la dieta de su niño(a) alimentos ricos en hierro tales como carne, huevo, cereales fortificados con hierro, o habichuelas/frijoles? Sí No No estoy segura/o

¿Han habido cambios importantes en su familia últimamente? No Sí

Mudanza Separación Divorcio Muerte en la familia Cambio de empleo Otro _____

* Vive su niño(a) con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde las personas fuman? Sí No

¿Tiene su niño(a) alguna necesidad especial de cuidado de salud? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

* Cuales medicamentos usa su niño(a) y la dosis: incluya hierbas medicinales, vitaminas o suplementos: _____

* ¿Cuál es la mejor manera de contactarle a usted? (por favor marque): tel. de casa / tel. celular / tel. de trabajo: _____

* ¿Quiere compartir con nosotros su correo electrónico? _____