



## Cuestionario previo a la visita de cinco 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 En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) un hermano(a) o amiguito que ha tenido envenenamiento por plomo?  Sí  No  No estoy segura/o

\*Plomo

¿Reside su niño(a) o visita regularmente una casa o facilidad de cuidado infantil construida antes de 1978 o que se ha renovado o remodelado recientemente (dentro de los últimos 6 meses)?  Sí  No  No estoy segura/o

¿Reside su niño(a) o visita regularmente una casa o facilidad de cuidado infantil construida antes de 1950?  Sí  No  No estoy segura/o

\*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

¿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

¿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? \_\_\_\_\_