



## Cuestionario previo a la visita de siete 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Audición	¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) habla? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) oye? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	¿Tiene su niño(a) dificultad para oír con ruido de fondo o por el teléfono? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	¿Tiene su niño(a) dificultad para seguir la conversación cuando 2 ó más personas hablan al mismo tiempo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>

*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)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	¿Ha viajado su niño(a) (tuvo contacto con poblaciones residentes) por más de una semana a un país con alto riesgo de tuberculosis? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	¿Ha tenido un miembro de la familia o persona de contacto tuberculosis o prueba de tuberculina positiva? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	¿Está infectado(a) su niño(a) con VIH? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>

Anemia	¿Come su niño(a) una dieta vegetariana estricta? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	Si su niño(a) es vegetariano(a), ¿toma su niño(a) un suplemento de hierro? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>
	¿Incluye la dieta de su niño(a) alimentos ricos en hierro tales como carne, huevo, cereales fortificados con hierro, o habichuelas/frijoles? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o</span>

¿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? \_\_\_\_\_