

10 TO 12 YEAR WELL CHECK

HEALTH QUESTIONNAIRE



KAISER PERMANENTE®

This information is confidential.

Your answers help your physician or nurse practitioner choose the best topics to discuss with you at this visit. Skip any questions that you don't understand or that do not apply.

PHONE:**How is your child doing in school? Do you have any questions or concerns?**

1. Does your child eat 5 or more servings of vegetables and fruits every day? No Yes
2. Do you limit crackers, chips, sweets, and juice or soda to (less than 1 cup or can per day)? No Yes
3. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops or tablets every day? No Yes
 Don't know
4. Does your child eat/drink 3 servings of dairy products or calcium-fortified juice? No Yes
5. Has your child ever witnessed or been a victim of violence or sexual abuse? Yes No
6. Do you store all guns in your home unloaded and locked up? No Yes
 I don't have guns
7. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
8. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, surgeries, changes, or stresses for your family or child? If yes, please list:
9. Please list any medications your child is taking:
10. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
11. Does your child see a dentist twice a year? No Yes
12. Does your child use sunscreen when in the sun for longer than 10 minutes? No Yes
13. Does your child have blood relatives who have had heart problems (heart attack, stroke, or bypass surgery before age 55 for men or 65 for women?) This includes your child's aunts, uncles, parents or grandparents. Yes No
14. Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? Yes No
15. Has anyone who lives in your house or who cares for your child ever had a positive TB (tuberculosis) skin test or active TB? Yes No
16. Were you (or any household member) born outside of the United States, or have you recently traveled to a developing country (Central or South America, Asia, or Africa)? Yes No
17. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No
18. Does your child play hard – breathing harder and heart going faster – for at least 60 minutes a day? No Yes
19. Do you limit screen time (TV, computers and video games) to no more than 1 to 2 hours a day? No Yes
20. Does your child have a TV in his or her bedroom? Yes No
21. Do you monitor which shows and movies your child watches, and have rules about which websites your child can visit ? No Yes
22. Have you talked to your child about puberty (body changes) and sex? No Yes
23. Do you have concerns that your child may have tried smoking, alcohol, or other drugs? Yes No
24. For parents of girls: Has your daughter started menstruating (had her "period")? Yes No
25. Does your child live with both parents? No Yes
26. What school and grade is your child in:
27. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?** No Yes
28. Has your child ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)? Yes No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
 Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: _____

Date: _____

Sign: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN**DEL NIÑO SALUDABLE DE 10 A 12 AÑOS****Esta información es confidencial.**

Sus respuestas ayudarán a que su médico o enfermera especializada seleccione los mejores temas para comentar con usted en esta visita. Ignore las preguntas que no entienda o que no le correspondan.

PHONE:**¿Cómo le va a su hijo en la escuela? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?**

1. ¿Come su hijo 5 o más porciones de verduras y frutas todos los días? No Sí
2. ¿Limita el consumo de galletas, papitas, golosinas y jugos o refrescos (a menos de una taza o lata al día)? No Sí
3. ¿Su hijo bebe agua con flúor o toma gotas o tabletas de flúor todos los días? No Sí
 No sé
4. ¿Come o bebe su hijo 3 porciones de lácteos o jugo enriquecido con calcio cada día? No Sí
5. ¿Ha sido su hijo alguna vez testigo o víctima de un acto de violencia o abuso sexual? Sí No
6. ¿Guarda todas sus armas descargadas y bajo llave? No Sí
 No tengo armas
7. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar donde hay fumadores? Sí No
8. Desde la última revisión de niño sano, ¿ha tenido su hijo o algún miembro de su familia una enfermedad, una hospitalización, una cirugía, algún cambio o estrés IMPORTANTES? Si responde Sí, indíquenos: Sí No
9. Por favor indique todos los medicamentos que toma su hijo:
10. ¿Tiene su hijo alguna alergia a los medicamentos? Si responde que sí, por favor mencionela(s): Sí No
11. ¿Consulta su hijo a un dentista dos veces al año? No Sí
12. ¿Usa su hijo crema con protección solar cuando se expone al sol durante más de 10 minutos? No Sí
13. ¿Tiene su hijo algún pariente directo que ha tenido problemas cardíacos (ataque al corazón, derrame cerebral o cirugía de bypass antes de los 55 años en los hombres, y de los 65 años en las mujeres? Aquí se incluyen las tías, los tíos, los padres y los abuelos del niño. Sí No
14. ¿Recibe su hijo atención de la salud de otra persona además de su médico (por ejemplo, un acupunturista, un experto en hierbas, un curandero u otro sanador)? Sí No
15. ¿Alguna de las personas que vive en su hogar o que cuida a su hijo han tenido un resultado positivo en una prueba de la piel de tuberculosis (TB) o bien tienen tuberculosis activa? Sí No
16. ¿Nació usted (o cualquier miembro de su hogar) fuera de los Estados Unidos, o ha viajado recientemente a un país en vías de desarrollo (América Central o del Sur, Asia o África)? Sí No
17. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? Sí No
18. ¿Juega su hijo con intensidad (respira más fuerte y el corazón late más rápido) por lo menos durante 60 minutos al día? No Sí
19. ¿Limita el tiempo frente al televisor, con los videojuegos y con la computadora a 1 ó 2 horas al día como máximo? No Sí
20. ¿Tiene su hijo un televisor en su dormitorio? Sí No
21. ¿Supervisa los programas y las películas que mira su hijo y tiene reglas sobre qué páginas de Internet puede visitar? No Sí
22. ¿Ha hablado con su hijo sobre la pubertad (cambios en su cuerpo) y el sexo? No Sí
23. ¿Cree que su hijo puede haber probado cigarrillos, alcohol u otras drogas? Sí No
24. Para pacientes mujeres: ¿Comenzó su hija a menstruar (tuvo su "período")? Sí No
25. ¿Vive su hijo con ambos padres? No Sí
26. ¿A qué escuela va y en qué grado está su hijo?
27. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?** No Sí
28. ¿Ha tenido su hijo una reacción a una vacuna (por ejemplo, fiebre alta)? Sí No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Firma del padre o la madre/Parent signature: _____ Fecha/Date: _____