

12 MONTH WELL CHECK

HEALTH QUESTIONNAIRE



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:

What does your child like to do? Do you have any questions or concerns?

CLINIC COUNSELING

1. Do you feed your child Vitamin D whole cow's milk (full fat)? No Yes
2. Do you avoid foods your child may choke on such as nuts, hard or jelly candies, hot dogs, or raw vegetables (unless chopped small or shredded)? No Yes
3. Do you limit juice to less than 1/2 cup per day? No Yes
4. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day? No Yes
 Don't know
5. Have you started weaning your child from the bottle? No Yes
6. Do you offer your child several servings of fruits and vegetables every day? No Yes
7. Does your child watch TV or videos? Yes No
8. Do you watch your child at all times around water (including toilets, bathtubs, pools/hot tubs, and buckets)? No Yes
- 9a. Do you have a swimming pool or hot tub in your backyard? Yes No
- 9b. Is there a tall fence around it with a self latching gate? No Yes
10. Do you know what to do if your child is choking? No Yes
11. Does your child always ride in a car seat in the back seat? No Yes
12. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
13. 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: _____
14. Please list any medications your child is taking: _____
15. Does your child have any allergies to medications? Yes No
If yes, please list: _____
16. Do you brush your child's teeth with water every day? No Yes
17. Does your child live in, or spend a lot of time in, a place built **before 1978** that has peeling or chipped paint or that has been **recently** renovated? Yes No
18. Does your child receive Medi-Cal or other government assistance (WIC)? Yes No
19. 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
20. 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
21. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No
22. Do you play and read with your child every day? No Yes
23. Does your child clap his or her hands? No Yes
24. Does your child walk (either alone or with support)? No Yes
25. Does your child pick up small objects with thumb and pointer finger? No Yes
26. Does your child say words? No Yes
27. Does your child wave bye-bye? No Yes
- 28a. Is your child in day care? Yes No
- 28b. Who else takes care of your child? _____
29. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?** No Yes
30. Has your child ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)? Yes No

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: _____ Date: _____

Sign: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 12 MESES

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:
Qué le gusta hacer a su hijo? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Le da usted a su niño leche entera de vaca (con toda la grasa) con vitamina D? No Sí
2. ¿Evita los alimentos con los que su hijo puede asfixiarse, tales como nueces, caramelos duros o de jalea, hot dogs o verduras crudas (a menos que estén cortadas en trozos pequeños o picadas)? No Sí
3. ¿Limita el consumo de jugo a menos de 1/2 taza al día? No Sí
4. ¿Su hijo bebe agua con flúor o toma gotas de flúor todos los días? No Sí
 No sé
5. ¿Ha empezado su hijo a dejar el biberón? No Sí
6. ¿Le ofrece a su hijo varias porciones de frutas y verduras todos los días? No Sí
7. ¿Su hijo mira televisión o videos? Sí No
8. ¿Vigila a su hijo todo el tiempo cuando está cerca del agua (incluido un inodoro, una bañera, una piscina o jacuzzi, o una cubeta)? No Sí
- 9a. ¿Tiene piscina o jacuzzi en el patio trasero? Sí No
- 9b. ¿Tiene una cerca alta alrededor con una puerta que se cierra sola? No Sí
10. ¿Sabe qué debe hacer si su hijo se está asfixiando? No Sí
11. ¿Va su hijo siempre en un asiento de seguridad en el asiento trasero del automóvil? No Sí
12. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar donde hay fumadores? Sí No
13. 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? Sí responde Sí, indíquelo(s):
14. Por favor indique todos los medicamentos que toma su hijo:
15. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si responde sí, indíquelo(s): Sí No
16. ¿Cepilla los dientes de su hijo con agua todos los días? No Sí
17. ¿Vive su hijo, o pasa mucho tiempo, en un lugar construido antes de 1978 donde hay pintura desprendida o que fue renovado recientemente? Sí No
18. ¿Tiene su niño Medi-Cal u otra ayuda del gobierno (tal como WIC)? Sí No
19. ¿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
20. ¿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)?
21. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? Sí No
22. ¿Lee y juega con su hijo todos los días? No Sí
23. ¿Puede su hijo aplaudir? No Sí
24. ¿Su hijo camina (solo o con apoyo)? No Sí
25. ¿Puede su hijo levantar objetos pequeños con el pulgar y el dedo índice? No Sí
26. ¿Pronuncia su hijo alguna palabra? No Sí
27. ¿Puede su hijo decir adiós con las manos? No Sí
- 28a. ¿Va su hijo a una guardería infantil? Sí No
- 28b. ¿Qué otras personas cuidan a su hijo?
29. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?** No Sí
30. ¿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: _____