

**21 TO 24 MONTH WELL CHEC
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 behaving these days? Do you have any questions or concerns?**

1. Do you give your child low-fat (1%) or nonfat milk (starting at age 2) in a sippy cup? No Yes
2. Do you avoid foods that 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 chips, sweets, and juice (less than 1/2 cup a day)? No Yes
4. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day? No Yes
 Don't know
5. Does your child ever use a bottle? Yes No
6. Do you offer your child 5 servings of vegetables and fruits every day? No Yes
7. Does your child get at least 60 minutes of active physical play each day? No Yes
8. Does your child always ride in a car seat in the back seat? No Yes
9. Do you watch your child at all times around water (bathtubs, pools/hot tubs, or buckets)? No Yes
10. Do you have locks or window guards for all 2nd floor windows in your home? No Yes
 No 2nd Floor
11. Do you put sunscreen on your child for sun exposure longer than 10 minutes? 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, 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? If yes, please list: Yes No
16. Do you brush your child's teeth with a pea sized amount of fluoride toothpaste 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 members) born outside of the United States, or have 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 use "time out" when your child misbehaves? No Yes
23. Can your child kick a ball forward? No Yes
24. Can your child say two-word sentences? No Yes
25. Can your child say more than 20 words? No Yes
26. Does your child use either of these words: "I" or "me?" No Yes
27. Can your child draw a line? No Yes
- 28a. Does your child live with both parents? No Yes
- 28b. Who else lives in your home?
- 29a. Is your child in day care or preschool? Yes No
- 29b. Who else takes care of your child?
30. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?** No
 Yes
31. 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: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 21 A 24 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:

¿Cómo se está comportando su hijo estos días? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Le da a su hijo leche baja en grasa (1%) o sin grasa (a partir de los 2 años) en una tacita entrenadora? No Sí
2. ¿Evita los alimentos con los que su hijo puede atragantarse, 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 papitas, golosinas y jugos (a menos de $\frac{1}{2}$ 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. ¿Usa su hijo alguna vez un biberón? Si No
6. ¿Le ofrece a su hijo 5 porciones de verduras y frutas todos los días? No Sí
7. ¿Juega su hijo activamente por lo menos 60 minutos todos los días? No Sí
8. ¿Va su hijo siempre en un asiento de seguridad en el asiento trasero del automóvil? No Sí
9. ¿Vigila a su hijo todo el tiempo cuando está cerca del agua (como en una bañera, una piscina o jacuzzi o una cubeta)? No Sí
10. ¿Hay cerraduras o protecciones en todas las ventanas del 2.º piso de su hogar? No Sí
 No hay 2.º piso
11. ¿Le pone crema con protección solar a su hijo cuando se expone al sol durante más de 10 minutos? 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, algún cambio o estrés IMPORTANTES? Si responde Sí, indíquelo:
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 una pequeña cantidad (del tamaño de un chicharo) de pasta dental con flúor todos los días? No Sí
17. ¿Vive su niño o pasa tiempo en una casa construida **antes de 1978** y que tenga pintura que se esté pelando o que esté desconchada o que haya sido renovada **recientemente**? Sí No
18. ¿Tiene su hijo Medi-Cal u otro tipo de asistencia del gobierno (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)? Sí No
21. ¿Ha vivido su hijo fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? Sí No
22. ¿Pone a su hijo en penitencia (time out) cuando se porta mal? No Sí
23. ¿Puede su hijo patear un balón hacia adelante? No Sí
24. ¿Puede su hijo decir oraciones de dos palabras? No Sí
25. ¿Puede su hijo decir más de 20 palabras? No Sí
26. ¿Usa su hijo alguna de estas palabras: "yo" o "a mí"? No Sí
27. ¿Puede su hijo dibujar una línea? No Sí
- 28a. ¿Vive su hijo con ambos padres? No Sí
- 28b. ¿Quién más vive en su hogar?
- 29a. ¿Va su hijo a una guardería infantil o a preescolar? Sí No
- 29b. ¿Qué otras personas cuidan a su hijo?
30. ¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico **Newsletters for Parents**? No Sí
31. ¿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: _____