

10 to 12 years

Well-Child Questionnaire

Please answer these questions about your child.

Skip any you can't answer or that don't apply. Your answers help us provide you and your child with the best possible care.

Do you have any questions or concerns about your child's health, development, learning, or behavior you'd like to discuss?

If yes, please describe:

Healthy Habits

1. Does your child usually eat at least 5 servings of fruit and vegetables each day? (1 serving = 1/2 cup chopped fruit or vegetables, or 1 small piece of fruit)
2. Does your child drink more than 8 oz. (1 cup) per day of juice, soda, sports drink, energy drink, or sweetened coffee or tea drink?.....
3. Do you have concerns that screen time is interfering with your child's life? This includes sleep, school, physical activity, friendships, and family life.
4. Does your child play actively for at least 1 hour each day? (Examples: walking, running, biking, and dancing. This doesn't include P.E. or recess.)
5. Do you or your child have concerns about their eating habits or body image?.....

Yes	No
No	Yes
Yes	No
Yes	No
No	Yes
Yes	No

Dental Health

6. Does your child have a dentist they see regularly?.....
7. Does your child brush their teeth twice a day with fluoride toothpaste and floss daily?

No	Yes
No	Yes

Tuberculosis Risk

8. Has your child had close contact with anyone who has tuberculosis (TB) or who has had a positive TB skin test?
9. Was your child born in a country at high risk for tuberculosis, including countries in South America, Central America, Africa, Asia (except Japan), Eastern Europe, Russia and surrounding areas, OR has anyone in your household including your child traveled to one of these countries?.....

Yes	No
Yes	No

Safety

10. Does your child wear a seat belt in the back seat for every car ride?
11. Does your child spend time in a home or place where firearms (such as a handgun, rifle, or shotgun) are kept?
12. If yes, are all firearms stored safely so your child can't access them? Safely means unloaded and either locked in a safe or with a locking device.....

No	Yes
Yes	No
Not sure	
No	Yes
Not sure	

Gender and Puberty

13. Do you or your child have any questions about their gender?.....
14. Has your child started having periods (menstruating)?

Yes	No	Not sure	Does not apply
-----	----	----------	----------------

15. Have you talked to your child about body changes during puberty, and about sex?.....

No	Yes
----	-----

Development and Emotional Health

16. Is your child having any problems at school?
17. Does your child spend time with friends who drink alcohol, smoke/vape, or use other drugs?.....
18. Do you think your child has tried (or might be using) alcohol, smoking/vaping, or any other drugs?.....
19. How often does the following statement apply?
"In the last 7 days, my child couldn't stop feeling sad.".....

Never	Almost never	Sometimes	Often	Almost always
-------	--------------	-----------	-------	---------------

20. How often does the following statement apply?
"My child has problems because they are worried or anxious.".....

Never	Almost never	Sometimes	Often	Almost always
-------	--------------	-----------	-------	---------------

21. My child has at least one friend or a group of friends they feel comfortable around.....

No	Yes
----	-----

Your Family

22. Have any of your child's aunts, uncles, parents, and grandparents had a heart attack, stroke, or bypass surgery before age 55 for men or 65 for women?
23. Does your child have a parent with an elevated blood cholesterol level ($\geq 240\text{mg/dL}$) or who is taking cholesterol medication?.....

Yes	No
Yes	No
Not sure	

24. Has your child ever fainted, passed out, or had an unexplained seizure suddenly and without warning, especially during exercise?
25. Since your child's last checkup, has your family or child experienced any major changes or stressful events (such as illness, move, job change or loss, separation or divorce, death in the family)?

Yes	No
-----	----

If yes, please list:

De los 10 a los 12 años

Cuestionario de bienestar infantil

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su hijo sobre la que quiera hablar?

Si la respuesta es sí, escríbala aquí:

Hábitos saludables

1. ¿Come su hijo un mínimo de 5 porciones de frutas o verduras al día? (1 porción = ½ taza de fruta o verdura troceada, o 1 pieza pequeña de fruta).
 2. ¿Bebe su hijo más de 8 oz (1 taza) al día de jugos, refrescos, bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas endulzadas a base de café o té?
 3. ¿Le preocupa que el tiempo que su hijo pasa frente a la pantalla esté interfiriendo en su vida? Esto incluye el sueño, la escuela, la actividad física, las amistades y la vida familiar.
 4. ¿Juega su hijo de manera activa al menos 1 hora cada día? (Ejemplos: caminar, correr, andar en bicicleta, bailar. No incluye las clases de educación física ni el recreo).
 5. ¿Le preocupan a usted o a su hijo sus hábitos de alimentación o su imagen corporal?

Salud dental

6. ¿Visita su hijo regularmente al dentista?
7. ¿Se cepilla su hijo los dientes dos veces al día con crema dental con fluoruro y usa hilo dental a diario?

Riesgo de tuberculosis

8. ¿Ha estado su hijo en contacto cercano con alguien que tenga tuberculosis (TB) o que haya tenido un resultado positivo en una prueba cutánea de TB?

9. ¿Nació su hijo en un país con alto riesgo de tuberculosis, como países de Sudamérica, Centroamérica, África, Asia (excepto Japón), Europa oriental, Rusia y sus alrededores? **O BIEN**, ¿ha viajado a alguno de estos países alguien de su familia, incluido su hijo?

Seguridad

- Seguridad**

 10. ¿Usa su hijo el cinturón de seguridad en el asiento trasero del vehículo en cada viaje?
 11. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar o en un lugar donde haya armas de fuego (como pistolas, rifles o escopetas)?....
 12. Si la respuesta es "Sí", ¿están guardadas de manera segura todas las armas de fuego, de modo que su hijo no pueda acceder a ellas? "De manera segura" significa descargadas y bajo llave, en una caja de seguridad o con algún dispositivo de cierre.....

Género y pubertad

13. ¿Tienen usted o su hijo(a) preguntas sobre el género de él o ella?.....
14. ¿Su hija ya empezó a menstruar? **Sí No No lo sé**
15. ¿Ha hablado con su hijo sobre los cambios corporales durante la pubertad y sobre el sexo?.....

Desarrollo y salud emocional

16. ¿Tiene su hijo problemas en la escuela?

17. ¿Pasa tiempo su hijo con amigos que beban alcohol, fumen o vapeen, o consuman otras drogas?.....

18. ¿Cree que su hijo ha probado (o podría estar probando) el alcohol, el tabaco o el vapeo, o cualquier otra droga?....

19. ¿Con qué frecuencia se aplica la siguiente afirmación?

"En los últimos 7 días, mi hijo no ha podido dejar de sentirse triste".

Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia
Casi siempre

20. ¿Con qué frecuencia se aplica la siguiente afirmación?
"Mi hijo tiene problemas porque está preocupado o nervioso".....

"Mi hijo tiene problemas porque está preocupado o nervioso".....

Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia
Casi siempre

21. Mi hijo tiene al menos un amigo o un grupo de amigos con los que se siente cómodo.....

Su familia

22. ¿Alguno de los tíos, padres o abuelos de su hijo ha tenido un ataque cardíaco, un ataque cerebral o una cirugía de bypass antes de los 55 años para los hombres o de los 65 años para las mujeres?

23. ¿Tiene su hijo un parent o una madre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (≥ 240 mg/dl) o que esté tomando medicamentos para el colesterol?

¿Alguna vez su hijo se ha desmayado, ha perdido el conocimiento o ha tenido convulsiones repentinas e imprevistas, sobre todo al hacer ejercicio, nadar, jugar o en respuesta a ruidos fuertes y repentinos?

25. Desde la última revisión médica de su hijo, ¿ha vivido su familia o su hijo algún cambio importante o alguna situación estresante (por ejemplo, enfermedad, mudanza, cambio de trabajo, pérdida, separación, divorcio o muerte de un familiar)?

Si la respuesta es "Sí", por favor, explique: