

# 4 to 5 Year

## Well Check Questionnaire

Please answer these questions about your child.

Skip any questions that you cannot answer or that do not apply.

Your answers will help us provide you and your child with the best possible care.

Do you have any questions or concerns that you would like to discuss with your doctor? . . . . .

If yes, please describe: \_\_\_\_\_

Yes  No

### NUTRITION

1. Does your child eat or drink 3 servings of calcium-rich foods daily, such as low-fat milk, cheese, yogurt, soy milk, or tofu? . . . . .
2. Do you offer your child fruits or vegetables with most meals and snacks? . . . . .
3. Does your child eat high-fat foods (such as fast food, chips, ice cream, or pizza)? . . . . .
4. Does your child drink soda, juice, or other sweetened drinks? . . . . .

No  Yes

No  Yes

Yes  No

Yes  No

### PHYSICAL ACTIVITY

5. Do you limit your child's screen time (TV, video games, computer, smartphone, other) to 1 to 2 hours per day? . . . . .
6. On a usual day, how much time does your child spend playing actively? Include physical activities such as walking, running, biking, and dancing. Do not include P.E. or recess.

No  Yes

Less than half an hour  Between half an hour and an hour  1 hour or more

### DENTAL HEALTH

7. Does your child see a dentist twice per year? . . . . .

No  Yes

### TUBERCULOSIS

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. Do you place your child in a forward-facing car seat in the backseat for every car ride? . . . . .
11. Do you watch your child at all times around water (bathtub, pools, ponds, etc.)? . . . . .
12. Does your child always wear a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter? . . . . .
13. Has your child ever witnessed or been a victim of violence or abuse? . . . . .

No  Yes

No  Yes

No  Yes

Yes  No

### YOUR GROWING CHILD

14. Does your child tell you stories from books or TV? . . . . .  Not yet  Somewhat  Yes, often
15. Does your child print his or her first name? . . . . .  Not yet  Somewhat  Yes, often
16. Does your child draw pictures you recognize? . . . . .  Not yet  Somewhat  Yes, often
17. Does your child answer questions like, "What do you do when you are cold?" or "What do you do when you are sleepy?"  Not yet  Somewhat  Yes, often

### FAMILY LIFE

18. How do you discipline your child? Check all that apply:  Time out  Yell  Spank or hit  Other
19. 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? Include your child's aunts, uncles, parents, and grandparents. . . . .
20. Since your child's last checkup, has your family or child experienced any major issues (such as illness, move, job change or loss, separation or divorce, death in the family)? . . . . .  
If yes, please list: \_\_\_\_\_

Yes  No

Yes  No

# De 4 a 5 años

## Cuestionario para visita de revisión

**Le agradeceremos que responda estas preguntas acerca de su hijo.** Sáltese las preguntas que no pueda responder o que no correspondan a su caso. Sus respuestas nos ayudarán a proporcionarle a usted y a su hijo la mejor atención posible.

¿Tiene alguna pregunta o preocupación que desee consultar con su médico? .....  
Si la respuesta es *sí*, describa: \_\_\_\_\_

### NUTRICIÓN

1. ¿Bebe o come su hijo 3 porciones de alimentos ricos en calcio al día, tal como leche semidesnatada, queso, yogur, leche de soya, o tofu? .....
2. ¿Ofrece a su hijo frutas o verduras con la mayoría de las comidas o refrigerios? .....
3. ¿Come su hijo alimentos con alto contenido en grasa (tal como comida rápida, papas fritas, helado o pizza)? .....
4. ¿Su hijo bebe refrescos, jugo u otras bebidas edulcoradas? .....

Sí  No

No  Sí

No  Sí

Sí  No

Sí  No

### ACTIVIDAD FÍSICA

5. ¿Limita usted el tiempo que su hijo pasa delante de una pantalla (TV, videojuegos, computadora, teléfono inteligente, otro) a 1-2 horas al día? .....
6. En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa su hijo jugando de manera activa? Incluya actividades físicas, tal como como caminar, andar en bicicleta, nadar y bailar, No incluya educación física o descansos.

No  Sí

Menos de media hora  Entre media hora y una hora  1 hora o más

### SALUD DENTAL

7. ¿Lleva a su hijo al dentista dos veces al año? .....

No  Sí

### TUBERCULOSIS

8. ¿Ha tenido su hijo contacto cercano con una persona que está enferma de tuberculosis (TB) o ha tenido una prueba cutánea positiva para la TB? .....
9. ¿Ha nacido su hijo en un país con riesgo alto de tuberculosis (entre otros, países de Sudamérica, Centroamérica, África, Asia [excepto Japón], Europa del Este, Rusia y las zonas circundantes) o ha tenido a alguna persona en su casa (incluido su hijo) que haya viajado a uno de estos países? .....

Sí  No

Sí  No

### SEGURIDAD

10. ¿Pone a su hijo siempre mirando hacia delante en un asiento de seguridad colocado en el asiento trasero del automóvil? .....
11. ¿Vigila a su hijo siempre cuando está cerca del agua (tina, albercas, estanques, etc.)? .....
12. ¿Su hijo siempre usa casco cuando anda en bicicleta o patineta? .....
13. ¿Ha sido su hijo alguna vez testigo o víctima de violencia o abuso? .....

No  Sí

No  Sí

No  Sí

Sí  No

### SU HIJO EN DESARROLLO

14. ¿Su hijo le cuenta historias de libros o de la TV? ....  Todavía no  Algunas veces  Sí, a menudo
15. ¿Puede su hijo escribir con letra de imprenta su nombre? .....
16. ¿Su hijo dibuja imágenes que usted reconoce? .....
17. ¿Su hijo hace preguntas como, "¿Qué haces cuando tienes frío?" o "¿Qué haces cuando tienes sueño"? .....

Todavía no  Algunas veces  Sí, a menudo

Todavía no  Algunas veces  Sí, a menudo

Todavía no  Algunas veces  Sí, a menudo

### VIDA FAMILIAR

18. ¿Cómo disciplina a su hijo? Marque todas las casillas que correspondan:  Tiempo para reflexionar  Le grito  Le doy un azote o golpeo  Otro
19. ¿Tiene su hijo algún pariente directo que haya 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. ....
20. Desde la última revisión de su hijo, ¿su familia o hijo ha presentado algún problema importante (tal como enfermedad, mudanza, cambio o pérdida de trabajo, separación o divorcio, fallecimiento en la familia)? .. Si la respuesta es *sí*, indique cuál: \_\_\_\_\_

Sí  No

Sí  No