

5 to 6 Year

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 concerns about your child's health, development, learning, or behavior?
If yes, please describe:

Yes **No**

Healthy Eating

1. Does your child's diet include iron-rich foods such as meat, eggs, iron-fortified cereals, or beans?
2. Does your child usually eat at least 5 servings of fruit and vegetables each day (1 serving = $\frac{1}{2}$ cup chopped fruit or vegetables, or 1 small piece of fruit)?
3. Does your child eat out more than 2 times a week (fast food, takeout, or delivery)?
4. Does your child drink more than a $\frac{1}{2}$ cup (4 oz.) per day of juice, soda, sports drinks, or other sweetened drinks?

No **Yes**

No **Yes**

Yes **No**

Yes **No**

Healthy Habits

5. Does your child spend time with anyone who smokes or vapes any substance?
6. Do you set limits on your child's screen time and have rules about what they're allowed to watch and play?
7. Does your child play actively for at least 1 hour each day? (Examples: running, biking, or dancing. This doesn't include P.E. or recess.)

Yes **No**

No **Yes**

No **Yes**

Dental Health

8. Does your child have a dentist they see regularly?
9. Do you help your child brush their teeth twice a day with a small amount of fluoride toothpaste and floss any teeth that are touching?

No **Yes**

No **Yes**

Tuberculosis Risk

10. Has your child had close contact with anyone who has tuberculosis (TB) or who has had a positive TB skin test?
11. 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

12. Do you place your child in a car seat or booster seat in the back seat for every car ride?
13. If your child rides a bike, skateboard, or scooter, do they always wear a helmet?

14. Does your child spend time in a home or place where firearms (such as a handgun, rifle, or shotgun) are kept?

No **Yes**

No **Yes**

N/A

Yes **No**
Not sure

Developmental Milestones

16. Does your child follow rules or take turns when playing games with other children?
17. Does your child tell a story they heard or made up that has at least 2 events (for example: "A cat was stuck in a tree and a firefighter saved it.")?
18. Does your child use or recognize simple rhymes (such as bat-cat, or ball-tall)?
19. Does your child pay attention for 5 to 10 minutes during activities? (For example, during story time or making arts and crafts. Screen time doesn't count.)
20. Does your child button some buttons?
21. Does your child hop on 1 foot?

No **Yes**

No **Yes**

No **Yes**

No **Yes**

No **Yes**

No **Yes**

Your Family

22. Do you or your child have any questions about their gender?
23. Do you worry that you or another caregiver might lose control with your child when feeling angry, frustrated, or overwhelmed?

24. 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**

Yes **No**
Sometimes

Yes **No**

De los 5 a los 6 años

Cuestionario de bienestar infantil

Por favor, responda estas preguntas sobre su hijo.

Puede saltarse cualquier pregunta que no pueda responder o que no corresponda. Sus respuestas nos ayudarán a brindarles a usted y su hijo la mejor atención posible.

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

Si la respuesta es "Sí", escríbala aquí:

Alimentación saludable

1. ¿Come su hijo alimentos ricos en hierro, como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles?
2. ¿Come su hijo al menos 5 porciones de frutas y vegetales al día (1 porción equivale a ½ taza de frutas o vegetales en trozos o a 1 fruta pequeña)?
3. ¿Come su hijo fuera de casa más de 2 veces a la semana (comida rápida, para llevar o de entrega a domicilio)?
4. ¿Bebe su hijo más de ½ taza (4 oz) al día de jugos, refrescos, bebidas deportivas u otras bebidas endulzadas?

Hábitos saludables

5. ¿Pasa tiempo su hijo con alguien que fuma o vapea alguna sustancia?
6. ¿Establece usted límites con respecto al tiempo que su hijo pasa frente a las pantallas y tiene reglas sobre qué puede ver y a qué puede jugar?
7. ¿Juega su hijo de manera activa al menos 1 hora cada día? (Ejemplos: correr, andar en bicicleta, bailar. No incluye las clases de educación física ni el recreo).

Salud dental

8. ¿Visita su hijo regularmente al dentista?
9. ¿Ayuda a su hijo a cepillarse los dientes dos veces al día con una pequeña cantidad de crema dental con fluoruro y usa hilo dental en los dientes que se tocan?

Riesgo de tuberculosis

10. ¿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?
11. ¿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

12. ¿Pone a su hijo en un asiento de automóvil o asiento elevador sujeto al asiento trasero del vehículo en cada viaje?
13. Si su hijo anda en bicicleta, patineta o monopatín, ¿usa siempre casco?
14. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar o en un lugar donde haya armas de fuego (como pistolas, rifles o escopetas)?
15. 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.

Hitos del desarrollo

16. ¿Sigue su hijo las reglas y los turnos cuando juega con otros niños?
17. ¿Cuenta su hijo historias que escuchó o inventó con al menos 2 eventos? (Por ejemplo: "Un gato se quedó atrapado en un árbol y un bombero lo rescató").
18. ¿Usa su hijo rimas simples (como gato-pato, casa-masa) o las reconoce?
19. ¿Presta su hijo atención por unos 5 a 10 minutos durante actividades? (Por ejemplo: mientras le leen un cuento o cuando hace manualidades. El tiempo frente a las pantallas no cuenta).
20. ¿Puede su hijo abotonar algunos botones?
21. ¿Puede su hijo saltar en un pie?

Su familia

22. ¿Tienen usted o su hijo preguntas sobre su género?
23. ¿Le preocupa que usted u otro cuidador pueda perder el control con su hijo cuando tenga sentimientos de enojo, frustración o agobio?
24. 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:

Sí	No
No	Sí
No	Sí
Sí	No
No	Sí
Sí	No
Sí	No
No	Sí
No	Sí
N/C	
Sí	No
No lo sé	
No	Sí
No lo sé	
No	Sí
Sí	No
Sí	No
Sí	No
A veces	
Sí	No