

8 to 10 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 Eating

- 1a. Does your child eat or drink 3 servings of calcium-rich foods daily, such as low-fat milk, yogurt, fortified plant-based milks (almond, soy, oat, rice), or tofu? (If "yes", skip to question 2.) No Yes
- 1b. If no, does your child eat nuts/seeds, leafy green vegetables, or beans? No Yes
2. 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)? No Yes
3. 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? Yes No

Healthy Habits

4. Does your child spend time with anyone who smokes or vapes any substance? Yes No
5. Do you usually eat together as a family without screens at least once a day? No Yes
6. Do you set limits on your child's screen time and have rules about what they're allowed to watch and play? No Yes
7. 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.) No Yes

Dental Health

8. Does your child have a dentist they see regularly? No Yes
9. Does your child brush their teeth twice a day with a small amount of fluoride toothpaste and floss them daily? 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? Yes No
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

Safety

12. Does your child use a seatbelt in the back seat for every car ride, or use a booster seat if under 4 feet 9 inches? No Yes
13. If your child rides a bike, skateboard, or scooter, do they always wear a helmet? No Yes
14. Does your child spend time in a home or place where firearms (such as a handgun, rifle, or shotgun) are kept? Yes No
15. 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

Not sure

Development and Emotional Health

16. Do you or your child have any questions about their gender? Yes No
17. Have you talked to your child about body changes during puberty, and sex? No Yes
18. Are there things your child is really good at doing or is proud of? No Yes
19. Does your child have friends at school or in your neighborhood? No Yes
20. 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

21. How often does the following statement apply?

Not sure

Yes

No

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? Yes No
23. Does your child have a parent with an elevated blood cholesterol level (≥ 240 mg/dL) or who is taking cholesterol medication? Yes No
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

De los 8 a los 10 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 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:

Alimentación saludable

- 1a. ¿Consumo su hijo 3 porciones de alimentos ricos en calcio todos los días, como leche baja en grasa, yogur, leches vegetales fortificadas (de almendras, soya, avena o arroz) o tofu? (Si la respuesta es "Sí", salte a la pregunta 2).
- 1b. Si la respuesta es "No", ¿come su hijo nueces/semillas, vegetales de hojas verdes o frijoles?
2. ¿Come su hijo al menos 5 porciones de frutas y vegetales al día (1 porción equivale a 1/2 taza de frutas o vegetales en trozos o a 1 fruta pequeña)?
3. ¿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?

Sí	No
No	Sí
No	Sí
No	Sí
Sí	No

Hábitos saludables

4. ¿Pasa tiempo su hijo con alguien que fuma o vapea alguna sustancia?
5. ¿Suelen comer juntos en familia sin el uso de pantallas al menos una vez al día?
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: caminar, correr, andar en bicicleta, bailar. No incluye las clases de educación física ni el recreo).

Sí	No
No	Sí

Salud dental

8. ¿Visita su hijo regularmente al dentista?
9. ¿Se cepilla su hijo los dientes dos veces al día con una pequeña cantidad de crema dental con fluoruro y usa hilo dental a diario?

No	Sí
No	Sí

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?

Sí	No
Sí	No

Seguridad

12. ¿Usa su hijo en cada viaje un cinturón de seguridad en el automóvil o, si mide menos de 4 pies y 9 pulgadas (1 metro y 45 centímetros), un asiento elevador sujeto al asiento trasero del vehículo?
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.

No	Sí
No	Sí
N/C	
Sí	No
No lo sé	

Desarrollo y salud emocional

16. ¿Tienen usted o su hijo preguntas sobre su género?
17. ¿Ha hablado con su hijo sobre los cambios corporales durante la pubertad y sobre el sexo?
18. ¿Hay algo que su hijo haga muy bien o de lo que se sienta orgulloso?
19. ¿Tiene su hijo amigos en la escuela o en su vecindario?
20. ¿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**
21. ¿Con qué frecuencia se aplica la siguiente afirmación?: "Mi hijo tiene problemas porque está preocupado o nervioso". **Nunca** **Casi nunca** **A veces** **Con frecuencia** **Casi siempre**

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?
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)?

Sí	No
Sí	No
No lo sé	
Sí	No

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