

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

¿Quién acompañó al niño hoy?  
(nombre y relación al niño) \_\_\_\_\_

¿Con quienes vive el niño? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud crónico? \_\_\_\_\_

¿Tiene preocupaciones sobre los problemas de  
salud mencionados arriba? \_\_\_\_\_

¿Tiene preocupaciones nuevas o recientes sobre la  
salud? \_\_\_\_\_

¿Actualmente asiste su niño al: \_\_\_\_\_  
(marque uno con un círculo si es aplicable) Preescolar Kindergarten 1<sup>ro</sup> grado

¿Tiene algunas preocupaciones sobre su desarrollo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene algunas preocupaciones sobre la dieta de su niño? \_\_\_\_\_

¿Toma su niño vitaminas?  Sí  No

Por favor liste los medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene algunas alergias a medicinas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Si no entiende algunas de estas preguntas, por favor pregúntele a su enfermera.***

### ¿Hace su niño lo siguiente?

¿Se equilibra en un pie, brinca y se salta alternando los pies?	Sí	No
¿Usa un lápiz con un buen control?	Sí	No
¿Dibuja una persona con por lo menos 6 partes del cuerpo?	Sí	No
¿Imprima algunas letras y números?	Sí	No
¿Copia una cuadra y un triángulo?	Sí	No
¿Cuenta una historia sencilla usando oraciones completas?	Sí	No
¿Usa los tiempos verbales y pronombres apropiadamente? (por ejemplo: "Él vino a mi casa" y no "Ellos vino a mi casa")	Sí	No
¿Cuenta al 10?	Sí	No
¿Sabe los nombres de por lo menos 4 colores?	Sí	No
¿Sigue instrucciones sencillas, escucha, presta atención?	Sí	No
¿Se viste y se desviste con poca ayuda?	Sí	No

### Cuestionario de Detección de Tuberculosis:

¿Tiene su niño contacto con adultos con una infección de Tuberculosis?

Sí No

¿Son el niño o sus padres de una región del mundo donde haya una alta prevalencia de Tuberculosis?

Sí No

¿Está el niño frecuentemente expuesto a personas inmunodeprimidas, a personas sin hogares, a residentes de un asilo para ancianos o a trabajadores migrantes?

Sí No

¿Trabaja cualquiera de los padres u otro individuo viviendo en la casa en un campo medicamente relacionado o tiene contacto con individuos institucionalizados o a residentes de un asilo para ancianos?

Sí No

### Cuestionario de Detección del Riesgo de Colesterol:

¿Un padre o un abuelo menor de la edad de 55 con enfermedad de corazón o derrame cerebral?

Sí No

¿Un padre o abuelo con el colesterol elevado de más de 240?

Sí No

***Si no entiende algunas de estas preguntas, por favor pregúntele a su enfermera.***