

**CUESTIONARIO  
“MANTENGA A SU NIÑO SALUDABLE”  
Niños de 9 a 11 años**

<b>Patient Stamp</b>	
Patient Number _____	Plan Name/Number _____
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

Nombre y apellido del niño	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha	<b>For Clinical Use</b>
Nombre de la persona que llena el cuestionario	Parentesco con el niño <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

***El equipo médico de su niño y usted pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor, conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta, o no desea contestar, puede marcar (✓) “omita”. Puede hablar con su proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Sus respuestas serán confidenciales y serán parte del expediente médico de su niño.***

<b><i>Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Va su niño a la escuela?</i></b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	<b>Interventions Code/Date/Initials</b>
--	--	-----------------------------	--------------------------------	---

<b><u>Su niño: (Does Your Child:)</u></b>				
1. ¿Recibe atención médica de alguna persona, aparte de un médico, como un acupunturista, un curandero, un yerbatero u otros? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita	
2. ¿Va al dentista, por lo menos una vez al año? <i>(See the dentist at least once a year?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
3. ¿Toma leche o yogur, o come queso, por lo menos 3 veces al día? <i>(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
4. ¿Come frutas y verduras todos los días? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
5. ¿Come solamente una cantidad limitada de alimentos fritos o comidas rápidas? <i>(Eat only a limited amount of fried or fast foods?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
6. ¿Participa en juegos activos, 5 días a la semana? <i>(Play actively 5 days a week?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
7. ¿Necesita perder o aumentar de peso? <i>(Need to lose or gain weight?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita	
8. ¿Se siente a menudo triste o deprimido? <i>(Often feel sad or depressed?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita	
9. ¿Usa un casco protector, siempre que anda en bicicleta o en patineta? <i>(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
10. ¿Usa el cinturón de seguridad, siempre que va en carro? <i>(Always wear a seatbelt when riding in a car?)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omita	
11. ¿Pasa tiempo en una casa, donde hay una pistola? <i>(Spend time in a home where a gun is kept?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita	

<b>For Clinical Use</b>					
<b>Intervention Codes:</b>	<b>C: Counseling</b>	<b>EM: Educational Materials</b>	<b>R: Referral</b>	<b>F: Follow-up Needed</b>	<b>SPN: See Progress Notes</b>

				<i>For Clinical Use</i>		
				Interventions Code/Date/Initials		
<b>Su niño: (Does Your Child:)</b>						
12.	¿Pasa tiempo con amigos, que llevan consigo una pistola, cuchillo, macana u otra arma? <i>(Spend time with any friends who carry a gun, knife, club, or other weapon?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
13.	¿Pasa tiempo en una casa, donde alguien fuma? <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
14.	¿Pasa tiempo al aire libre, sin usar loción, sombrero o camisa, para contra el sol? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
<b>Su niño: (Has Your Child:)</b>						
15.	¿Ha fumado alguna vez cigarrillos, o masticado tabaco? <i>(Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
16.	¿Ha tomado alguna vez alcohol como cerveza, vino, <i>wine coolers</i> o licor? <i>(Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
17.	¿Ha fumado alguna vez marihuana, inhalado pegamento, o usado otras drogas? <i>(Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
18.	¿Ha tenido amigos o familiares, que tuvieron un problema con las drogas o el alcohol? <i>(Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
19.	¿Ha comenzado a tener citas románticas? <i>(Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
20.	¿Ha empezado a tener actividad sexual? <i>(Become sexually active?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
21.	¿Ha sido alguna vez abusado sexualmente? <i>(Ever been molested or sexually abused?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
22.	¿Ha sido alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia física? <i>(Ever witnessed or been a victim of physical abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
23.	¿Ha tenido algún problema en la casa o en la escuela? <i>(Had problems at home or school?)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		
24.	¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación relacionada con la salud de su niño? <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i> (Por favor escribala) <i>(Please identify)</i> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omita		

*For Clinical Use*

**Intervention Codes:**    **C:** Counseling    **EM:** Educational Materials    **R:** Referral    **F:** Follow-up Needed    **SPN:** See Progress Notes

**Declaración sobre la Privacidad**

La Ley de Prácticas sobre la Información (*Information Practices Act*) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad [5 USC 552a, Subdivisión (E)(3)] exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.