

# Evaluación de riesgos para la salud (6 meses a 17 años de edad)



Por favor, responda a todas las preguntas. Utilice un formulario diferente para cada niño.

Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de identificación (ID) de miembro \_\_\_\_\_

Dirección postal preferida \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido \_\_\_\_\_ Correo electrónico preferido \_\_\_\_\_

## Raza

- Asiática
- Indoamericana/nativa de Alaska
- Persona de raza blanca
- Persona de raza negra o afroamericana
- No se sabe
- Nativo de Hawái o isleño del Pacífico
- Se niega a contestar
- Otro \_\_\_\_\_

## Etnicidad

- Hispana o latina
- Ni hispana ni latina
- Se niega a contestar
- No se sabe
- Otro \_\_\_\_\_

## Idioma de preferencia:

- Inglés
- Español
- No se sabe
- Otro \_\_\_\_\_

## ¿Es su hijo/a indoamericano/a?

- Sí.
- No.
- No se sabe
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿es su hijo/a elegible para recibir servicios de salud indígena?

- Sí.
- No.
- No se sabe
- Se niega a contestar

## ¿Cuál es la identidad de género de su hijo/a?

- Mujer
- Hombre
- No binario (No se identifica con ninguno de los dos)
- Transgénero
- No se sabe
- Se niega a contestar

## ¿Tiene su hijo/a algún problema auditivo, de la vista o del habla que requiera servicios especiales?

- Sí.
- No.
- No se sabe
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

## SALUD Y SEGURIDAD GENERAL

### En general, ¿cómo calificaría la salud de su hijo/a?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No se sabe

Si es mala, explíquelo: \_\_\_\_\_

**En una escala del 0 al 10, ¿cuán listo/a está para hacer cambios por la salud de su hijo/a?**

- 0-3 No estoy listo/a para cambiar       4-7 No estoy seguro/a       8-10 Estoy listo/a para cambiar       No se necesitan cambios.       No se sabe

Si está listo/a para un cambio, ¿qué cambios está dispuesto a hacer por la salud de su hijo/a?

---

**¿Tiene su hijo/a un médico o proveedor de atención de salud?**

- Sí.      ¿Cuál es el nombre del proveedor de su hijo/a? \_\_\_\_\_  
 No se sabe     No.      En caso negativo, ¿desea ayuda para encontrar un proveedor?     Sí.     No.

**¿Ha acudido su hijo/a a todas las visitas recomendadas en el último año? (Al menos una vez al año o más a menudo si su hijo/a es menor de 3 años).**       Sí.     No.     No se sabe

**i** Los exámenes de bienestar regulares de su hijo/a pueden ayudar a garantizar que los niños o jóvenes se mantengan lo más saludables posible.

- ¿Cuál es la edad de su hijo/a?**     De 6 meses a 3 años       De 4 a 10 años  
 Niña de 11 a 15 años       Niña de 16 a 17 años       Niño, de 11 a 17 años       No se sabe

**¿Se ha sometido su hijo/a al menos a un examen de detección de plomo antes de los 2 años? (Responda solo si tiene entre 6 meses y 3 años.)**

- Sí.       No.       No se sabe

**¿Están al día las vacunas de su hijo/a?**       Sí.       No.       No se sabe

**¿Le han puesto a su hijo/a las siguientes vacunas? (Responda solo si tiene entre 11 y 17 años.)**

- Antimeningocócica (vacuna contra la meningitis)       Sí.       No.       No se sabe  
Vacuna contra el tétano desde que cumplió 10 años       Sí.       No.       No se sabe  
Serie de vacunas contra el VPH (prevención del cáncer) – al menos UNA dosis       Sí.       No.       No se sabe  
Serie de vacunas contra el VPH (prevención del cáncer) – al menos DOS dosis       Sí.       No.       No se sabe

**¿Sospecha que su hijo/a puede estar sexualmente activo/a ahora o lo ha estado en el pasado? (Responda solo si tiene entre 16 y 17 años.)**       Sí.       No.       No se sabe

En caso afirmativo, ¿se ha sometido su hijo/a a pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como la clamidia?       Sí.       No.       No se sabe

En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo se realizó la prueba de clamidia? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada su hija?  Sí, la fecha de dar a luz es \_\_\_\_\_       No.       No se sabe

**¿Se ha vacunado su hijo/a contra la gripe en los últimos 12 meses?**       Sí.       No.       No se sabe

**i** Se recomienda vacunar contra la gripe a todas las personas mayores de 6 meses cada año. Vacunarse anualmente contra la gripe es la mejor manera de protegerse y proteger a su familia de la gripe.

**¿Cuántas veces estuvo su hijo/a en el hospital en los últimos 3 meses?**

Ninguna     Una vez     Dos veces     Tres o más veces     No se sabe

**¿Cuántas veces estuvo su hijo/a en la sala de emergencias (ER) en los últimos 3 meses?**

Ninguna     Una vez     Dos veces     Tres o más veces     No se sabe

**¿Cuántos medicamentos toma actualmente su hijo/a que le hayan sido recetados por su médico o proveedor?**

0 medicamentos     1 a 3 medicamentos     4 a 7 medicamentos     8 o más medicamentos     No se sabe  
recetados                      recetados                      recetados                      recetados

**¿Hay algo que impida a su hijo/a tomar sus medicamentos de la forma en que su médico o su profesional de atención de salud quieren?**     Sí.     No.     No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué impide que su hijo/a tome sus medicamentos? \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez se olvida de darle a su hijo/a sus medicamentos?**     Sí.     No.     Algunas veces.     No se sabe

**¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a fue al dentista? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**

En los últimos 6 meses     En los últimos 12 meses     Hace más de un año     Nunca ha ido al dentista     No se sabe

**i** La atención dental de rutina es importante para la salud oral (dental) y física de su hijo/a.

**¿Cuál es la estatura de su hijo/a? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**    \_\_\_\_\_ pies    \_\_\_\_\_ pulgadas

**¿Cuál es el peso de su hijo/a? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**    \_\_\_\_\_ libras

**¿Le ha preocupado el peso de su hijo/a a usted o a un médico o proveedor? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**

Sí, el sobrepeso     Sí, el bajo peso     No.     No se sabe

Si ha respondido afirmativamente a la preocupación por el sobrepeso, ¿le interesa a usted trabajar para conseguir un peso más saludable para su hijo/a?     Sí.     No.     No se sabe

**¿Sigue su hijo/a una dieta sana, como comer fruta, verdura y cereales integrales todos los días? ¿Limita el azúcar y las grasas saturadas? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**

Sí, la mayoría de las veces     Sí, algunas veces     No, no muy a menudo     No se sabe

**¿Participa su hijo/a regularmente en actividades físicas? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**

Sí.     No.     No puede hacer ejercicio debido a razones médicas     No se sabe

**i** La actividad física regular ayuda a mejorar la salud y la forma física en general. También puede reducir el riesgo de padecer muchas enfermedades crónicas. Los niños y adolescentes deben realizar 60 minutos (1 hora) o más de actividad física al día.

**¿Su hijo/a utiliza siempre el cinturón de seguridad o se sienta en un asiento para auto cuando usted conduce o viaja en auto?**

Sí.       No.       No se sabe

**i** El uso del cinturón de seguridad y del asiento para auto es una de las mejores formas de salvar vidas y reducir las lesiones en los accidentes.

**¿Su hijo/a lleva siempre casco cuando monta en bicicleta, patineta, etc.? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**

Sí.       No.       No se sabe

**i** Usar un casco es una de las mejores formas de reducir las lesiones en la cabeza.

**¿Vive su hijo/a con alguien que sea fumador habitual?**       Sí.       No.       No se sabe

**i** El humo de segunda mano causa problemas de salud en bebés y niños, como ataques de asma, infecciones pulmonares, infecciones de oído y síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS).

**¿Tiene su hijo/a más dificultades que alguien típico de su edad al realizar actividades habituales como ir al baño, comer, caminar o bañarse solo/a? (Responda solo si tiene 4 años de edad o más).**       Sí.       No.       No se sabe

En caso afirmativo, ¿quién le ayuda ahora con estas actividades? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿le vendría bien más ayuda con estas actividades?       Sí.       No.       No se sabe

## INQUIETUDES SOCIALES

**En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?**

Sí.       No.       No se sabe

**En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no le duró y no tenía dinero para comprar más?**

Sí.       No.       No se sabe

**En los últimos 2 meses, ¿ha vivido en una vivienda estable de su propiedad, en alquiler o como parte de un hogar?**

Sí.       No.       No se sabe

**¿Le preocupa actualmente tener suficiente dinero para pagar sus necesidades básicas?**

Sí.       No.       No se sabe

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Se siente siempre a salvo en su casa y con todas las personas que le rodean?**

Sí.       No.       No se sabe

En caso negativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Sabe de alguna cosa muy aterradora o perturbadora que le haya ocurrido a usted, a su hijo/a o a alguien de su familia?**

Sí.       No.       No se sabe

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Tiene acceso a un teléfono seguro y fiable?**       Sí.       No.       No se sabe

**¿Suele tener problemas de transporte para acudir a sus citas médicas?**

Sí.       No.       No se sabe

## **SALUD FÍSICA**

**¿Le ha dicho alguna vez un médico o proveedor que su hijo/a padece alguna de estas condiciones?**

Sí, marque todas las que correspondan.       No.       No se sabe

- |                                                         |                                                                    |                                                           |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastorno óseo/del crecimiento | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (sin rasgo) | <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 2               |
| <input type="checkbox"/> Trasplante                     | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro                      | <input type="checkbox"/> Nivel elevado de plomo en sangre |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo       | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística                         | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                       | <input type="checkbox"/> Prediabetes                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal               | <input type="checkbox"/> Convulsiones                              | <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 1               |
| <input type="checkbox"/> Eczema                         | <input type="checkbox"/> Asma                                      |                                                           |

**En caso afirmativo de trasplante, ¿hace cuánto fue?**

Hace más de 1 año       En los últimos 12 meses       En lista de espera para un trasplante       No se sabe

**¿Tiene su hijo/a alguna otra condición que no figure en la lista anterior?**       Sí.       No.

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿La condición de su hijo/a ha afectado a su capacidad para realizar las actividades diarias habituales o ir a la escuela en los últimos 7 días?**

**Utilice una escala de valoración de 0 a 10 para responder a la pregunta. 0 = ningún efecto y 10 = gran efecto.**

- |                                                                |                                                           |                                                          |                                                           |                                     |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0                                     | <input type="checkbox"/> 1-3                              | <input type="checkbox"/> 4-6                             | <input type="checkbox"/> 7-10                             | <input type="checkbox"/> No se sabe |
| La condición no tuvo ningún efecto en las actividades diarias. | La condición tuvo poco efecto en las actividades diarias. | La condición tuvo más efecto en las actividades diarias. | La condición le impidió realizar las actividades diarias. |                                     |

## SALUD DEL COMPORTAMIENTO

**¿Le ha dicho alguna vez un médico o proveedor que su hijo/a padece alguna de estas condiciones de salud del comportamiento?**

- Sí, marque todas las que correspondan.  No.  No se sabe
- Trastorno de déficit de atención (ADD)/Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD)  Autismo  Depresión
- Trastornos alimenticios  Discapacidad de aprendizaje

**¿Tiene su hijo/a alguna otra condición que no figure en la lista anterior?**  Sí.  No.

En caso afirmativo, explíquelo: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo/a ha recibido tratamiento por una condición de salud del comportamiento o abuso de sustancias en los últimos 6 meses?**

- Sí.  No.  No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué tipo de tratamiento? \_\_\_\_\_

**En los últimos 3 meses, ¿ha estado su hijo/a en la sala de emergencias (ER) u hospitalizado debido a una condición de salud del comportamiento?**  Sí.  No.  No se sabe

**¿Desea ayuda para que su hijo/a reciba tratamiento para un trastorno de la salud del comportamiento?**

- Sí.  No.  No se sabe

**¿Le preocupa el aprendizaje, el comportamiento o el desarrollo de su hijo/a?**

- Sí.  No.  No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué le preocupa? \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo/a 12 años o más?**  Sí.  No.  No se sabe

En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido su hijo/a problemas para dormir, como problemas para conciliar el sueño, para permanecer dormido/a o para despertarse demasiado pronto?

- Nunca  Rara vez  Menos de uno o dos días  Varios días
- Más de la mitad de los días  Casi todos los días  No se sabe

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha divertido menos su hijo/a haciendo cosas que solía hacer?

- Nunca  Rara vez  Menos de uno o dos días  Varios días
- Más de la mitad de los días  Casi todos los días  No se sabe

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha parecido estar su hijo/a triste o deprimido/a durante varias horas?

- Nunca  Rara vez  Menos de uno o dos días  Varios días
- Más de la mitad de los días  Casi todos los días  No se sabe

En las últimas 2 semanas, ¿ha fumado su hijo/a un cigarrillo, un tabaco, una pipa, un cigarrillo electrónico, ha vapeado o ha consumido rapé/tabaco de mascar?

Sí.     No.     No se sabe

En las últimas 2 semanas, ¿ha tomado su hijo/a alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, licor)?

Sí.     No.     No se sabe

En las últimas 2 semanas, ¿ha consumido su hijo/a drogas como marihuana, cocaína, crack, drogas de club (como el éxtasis), alucinógenos (como el LSD), heroína, inhalantes, disolventes (como el pegamento) o metanfetamina (como el speed)?

Sí.     No.     No se sabe

En las últimas 2 semanas, ¿ha consumido su hijo/a algún medicamento recetado sin una receta médica, como analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como somníferos o Valium), o esteroides?

Sí.     No.     No se sabe

## INFORMACIÓN GENERAL

Persona que completó la evaluación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro:     Miembro     Padre/madre o tutor     Representante del miembro con permiso

Proveedor     Representante del plan de salud     Otra (explique) \_\_\_\_\_

*Asegúrese de haber respondido a todas las preguntas. Gracias por su tiempo. Volveremos a comunicarnos con usted.*