



## Examen de Niño Sano: Niño de Edad Escolar (15-17 años)

Nombre de su hijo(a): \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento, aprendizaje o el desarrollo de su hijo(a)? Por favor describa:

\_\_\_\_\_

¿Qué cosas te agradan más de tu hijo?

\_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento(s), suplemento(s) o vitamina(s)?

Por favor indique.

No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alergias a la comida o medicamentos?

Por favor indique.

No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ve a algún especialista fuera de ORP?

No

Sí: \_\_\_\_\_

### Salud Dental:

¿Su hijo visita al dentista 1 o 2 veces al año?

Sí

No

¿Su agua contiene fluoruro? (El agua de la ciudad contiene fluoruro)

Sí

No

### Cernimiento de Tuberculosis:

¿Su hijo ha tenido contacto con una persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que ha tenido un resultado positivo de tuberculosis?

No

Sí

¿Su hijo o algún miembro de su hogar nació o viajó a un país de alto riesgo? (Esto incluye a los países de África, Asia, Latinoamérica, o Europa del Este)

No

Sí

¿Su hijo tiene intereses fuera de la escuela?

Sí

No

¿Su hijo tiene algún problema en la escuela?

No

Sí

¿Han discutido formas de manejar el estrés?

Sí

No

¿Ayuda a su hijo a tomar decisiones y resolver problemas?

Sí

No

¿Tu familia se lleva bien entre sí?

Sí

No

¿Tu familia hace cosas juntas?

Sí

No

¿Su hijo tiene quehaceres y responsabilidades en casa?

Sí

No

¿Tiene reglas y expectativas para su hijo?

Sí

No

¿Tiene alguna preocupación sobre la nutrición, el peso o la actividad física de su hijo?

No

Sí

¿Su hijo habla de "engordar" o de hacer dieta para perder peso?

No

Sí

- ¿Crees que tu hijo come comidas saludables?  Sí  No
- ¿Tiene alguna dificultad para conseguir comidas saludables para su familia?  No  Sí
- ¿Comes en familia?  Sí  No
- ¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas?  No  Sí
- ¿Su hijo juega activamente durante al menos 1 hora al día?  Sí  No
- ¿Cuánto tiempo pasa su hijo frente a la pantalla de forma recreativa cada día? \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo tiene un televisor, una computadora, una tableta o un teléfono inteligente en su dormitorio?  No  Sí
- ¿Crees que tu hijo duerme lo suficiente?  Sí  No
- ¿Su hijo ha sido acosado (bully) por otros?  No  Yes
- ¿Su hijo ha acosado a otros?  No  Yes
- ¿Conoce a los amigos de su hijo y las actividades en las que participan o a las que asisten?  Sí  No
- Si su hijo está en una relación, ¿es respetuoso?  Sí  No
- ¿Su hijo le diría si alguien lo presionó u obligó a tener relaciones sexuales?  Sí  No
- ¿Ha notado algún cambio en el peso, los hábitos de sueño o los comportamientos de su hijo?  No  Sí
- ¿Su hijo se irrita con frecuencia?  No  Sí
- ¿Le preocupa la salud emocional de su hijo, como estar triste o deprimido?  No  Sí
- ¿Su hijo se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?  No  Sí
- ¿Has hablado con tu hijo sobre las relaciones, las citas y el sexo?  Sí  No
- ¿Has hablado con tu hijo sobre su sexualidad?  Sí  No
- ¿Tienes reglas internas sobre hora límite de llegada, citas, amigos?  Sí  No
- ¿Sabe dónde están los amigos de su hijo y qué están haciendo?  Sí  No
- ¿Ha hablado con su hijo sobre el consumo de alcohol y drogas?  Sí  No
- Según su conocimiento, ¿su hijo consume alcohol o drogas, o los ha consumido en el pasado?  No  Sí
- ¿Ha hablado sobre las consecuencias si descubre que su hijo está consumiendo tabaco, alcohol o drogas?  Sí  No
- ¿Su hijo siempre usa el cinturón de seguridad y el casco de bicicleta?  Sí  No
- ¿Tiene reglas o restricciones para manejar?  Sí  No
- ¿Su hijo usa protector solar?  Sí  No
- ¿Se siente seguro en su hogar y en su comunidad?  Sí  No
- ¿Su pareja o alguien importante en su vida alguna vez le ha golpeado, pateado o empujado, o la ha lastimado físicamente a usted o a su hijo?  No  Sí
- ¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?  Sí  No
- ¿Su casa tiene suficiente calefacción/aire acondicionado, agua caliente, electricidad?  Sí  No
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó si su comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?  No  Sí
- ¿Hay alguien en la vida de su hijo a quien le preocupe el consumo de alcohol/drogas?  No  Sí
- ¿Su hijo tiene acceso un arma de fuego que no está guardada bajo llave?  No  Sí