

**CUESTIONARIO  
“MANTENGA A SU NIÑO SALUDABLE”  
Niños de 0 a 3 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.***

Annual Review Date/Initials

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

	<b><u>En su casa: (Does your home have:)</u></b>			
1.	¿Tiene un detector de humo que funcione? <i>(A working smoke detector?)</i>	Sí	No	Omita
2.	¿El agua que sale de la llave es lo bastante caliente, como para quemar a su niño? <i>(Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)</i>	No	Sí	Omita
3.	Si usted tiene un segundo piso, ¿tiene rejas en las ventanas y en las escaleras? <i>(Window guards and stair gates above the first floor?)</i>	Sí	No	Omita
4.	¿Están los productos de limpieza, medicinas y cerillos o fósforos, en un armario cerrado bajo llave? <i>(Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)</i>	Sí	No	Omita
5.	¿Tiene apuntado el número de teléfono del centro para el control del del envenenamiento, cerca del teléfono? <i>(The phone number for the poison control center posted by your telephone?)</i>	Sí	No	Omita
	<b><u>Usted: (Do you:)</u></b>			
6.	¿Siempre acuesta a su niño boca arriba, si es menor de 12 meses de edad? <i>(Always put your child to sleep on his/her back, if younger than 12 months of age?)</i>	Sí	No	Omita
7.	¿Alguna vez acuesta a su niño con un biberón con jugo, leche o refresco? <i>(Ever put your child to sleep with a bottle of juice, milk, or soda?)</i>	No	Sí	Omita
8.	¿Se asegura de cepillarle los dientes a su niño, todos los días? <i>(Make sure your child’s teeth are brushed every day?)</i>	Sí	No	Omita
9.	¿Siempre se queda con su niño, cuando está en la bañera? <i>(Always stay with your child when he/she is in the bathtub?)</i>	Sí	No	Omita
10.	¿Siempre pone a su niño en un asiento de seguridad para bebés, en la parte de atrás del carro, y le abrocha el cinturón de seguridad? <i>(Always put your child in a car seat and seat belt in the back seat of a car?)</i>	Sí	No	Omita
11.	¿Siempre camina alrededor de su carro, para asegurarse que no hay niños, antes de manejar en reversa? <i>(Always walk around your car to check for children before backing out?)</i>	Sí	No	Omita

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

			<i>For Clinical Use</i>
			<b>Interventions Code/Date/Initials</b>
<b>Su niño: (Does your child:)</b>			
12.	¿Recibe atención médica de alguna persona, aparte de un médico, como un acupunturista, un curandero, un yerbatero u otros? (Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
13.	¿Es alimentado con leche materna? (Breastfeed?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
14.	¿Toma fórmula, leche o yogur, por lo menos 2 veces cada día? (Drink formula, milk or eat yogurt at least 2 times each day?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omita	
15.	¿Come frutas y verduras todos los días? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omita	
16.	¿Come alimentos como nueces, palomitas de maíz, salchichas, uvas enteras o caramelos, que podrían atragantarlo? (Eat foods that may cause choking, such as nuts, popcorn, hotdogs, whole grapes, or hard candy?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
17.	¿Pasa tiempo en una casa o departamento, donde hay una alberca o jacuzzi? (Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
18.	¿Pasa tiempo en una casa, donde hay una pistola? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
19.	¿Pasa tiempo en una casa, donde alguien fuma? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
20.	¿Pasa tiempo al aire libre, sin usar loción, sombrero o camisa, para protegerse contra el sol? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection, such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
21.	¿Ha sido su niño alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia física? (Has your child ever witnessed or been a victim of physical abuse or violence?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
22.	<p><b>¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación relacionada con la salud de su niño?</b> (Do you have other questions or concerns about your child's health?)</p> <p>(Por favor escríbala) (Please identify) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<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.