

Cuestionario sobre el estado de salud PARA NIÑO

Complete este formulario y envíelo en el sobre de retorno con el franqueo que adjuntamos. La información médica personal de su hijo es muy importante para nosotros; por eso contamos con políticas estrictas para proteger su confidencialidad. Si tiene alguna pregunta respecto de este formulario o si necesita ayuda para completarlo, llame a Servicios de Salud al 1.877.232.5518.

Número de Grupo: N72583		Número de identificación del miembro: _____		
Preferencia del idioma hablado (para el padre/tutor): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		Preferencia del idioma escrito (para el padre o tutor): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		
Apellido del niño	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento:
			H o M	
Teléfono particular		Teléfono celular		Correo electrónico
() -		() -		
Dirección				
Apellido de la persona que completa el formulario	Nombre	Inicial del segundo nombre	Relación con el niño	
1. ¿Cómo describiría la salud física general de su hijo? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala				
2. ¿Cuántas veces por semana su hijo realiza actividades, como jugar al aire libre, asistir a clases de educación física escolar o practicar deportes en equipo? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 3 o más veces por semana <input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces por semana				
3. ¿Cuántas porciones come su hijo de alimentos con alto contenido de fibra, como manzanas, pan de trigo integral o frijoles? <input type="checkbox"/> Pocas veces/nunca <input type="checkbox"/> 1 ó 2 porciones por día <input type="checkbox"/> 3 o más porciones por día				
4. ¿Cuántas porciones come su hijo de alimentos con alto contenido de colesterol o grasa, como carne roja o alimentos fritos? <input type="checkbox"/> Pocas veces/nunca <input type="checkbox"/> 1 ó 2 porciones por día <input type="checkbox"/> 3 o más porciones por día				
5. ¿Su hijo parece estar nervioso, ansioso o deprimido? <input type="checkbox"/> Pocas veces/nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia				
6. ¿Su hijo consume tabaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
7. ¿Su hijo consulta a algún médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, entre 1 y 4 veces por año <input type="checkbox"/> Sí, más de 4 veces por año				
8. ¿Su hijo toma algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, 1 ó 2 <input type="checkbox"/> Sí, más de 2				
9. ¿Su hijo se realiza pruebas de laboratorio regulares por alguna afección crónica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
10. ¿Cuántas veces su hijo fue al hospital o a la sala de emergencias (ER) el año pasado? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces <input type="checkbox"/> Más de 2 veces				
11. ¿Su hijo padece alguna de las siguientes enfermedades? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)				
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cefaleas migrañosas <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Problemas de respiración <input type="checkbox"/> Otras _____				
12. ¿Su hijo tiene alguna necesidad de recibir atención médica especial o de seguir una dieta diferente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describa _____				
13. ¿Su hijo necesita o utiliza algún equipo especial para realizar actividades básicas como alimentarse, vestirse o ir al baño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describa _____				
14. ¿Cuál es la principal necesidad de su hijo para mejorar la salud? Describa.				
15. ¿Qué temas de bienestar le interesan más? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)				
<input type="checkbox"/> Seguridad en el hogar <input type="checkbox"/> Espalda saludable <input type="checkbox"/> Seguridad solar <input type="checkbox"/> Planificación familiar <input type="checkbox"/> Atención para niños <input type="checkbox"/> Cocina saludable o planificación de comidas <input type="checkbox"/> Seguridad solar <input type="checkbox"/> Atención de la piel <input type="checkbox"/> Envejecimiento saludable <input type="checkbox"/> Atención al bebé <input type="checkbox"/> Control del dolor <input type="checkbox"/> Atención de la piel <input type="checkbox"/> Embarazo saludable <input type="checkbox"/> Seguridad para niños <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y de drogas por parte de adolescentes				