

Reconocimiento para todos los pacientes (de 2-8 años) durante las visitas para cuidados preventivos



En nuestro consultorio nos interesa suministrar a los pacientes el mejor cuidado posible. Incluye hablar de las maneras de mejorar la salud de su familia con todos los pacientes. Mientras Ud. espera a su proveedor, sería útil si pudiera tomar un momento co su niño/a para contestar las preguntas siguientes. Su proveedor va a repasar sus respuestas durante su visita. Entendemos la dificultad de seguir las recomendaciones para un modo de vivir saludable. Las preguntas siguientes van a ayudarnos a hablar como mejor puede comenzar hacer cambios pequeños para mejorar la salud de su familia.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha: _____

		Sí	No
5	Mi niño/a come frutas y vegetales cinco veces o más la mayoría de los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mi niño/a desayuna todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mi niño/a se sienta a cenar con la familia a lo menos 2 veces por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mi niño/a come la comida para llevar (comida para llevar, comida rápida, restaurantes) menos que 2 veces por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mi niño/a pasa menos que 2 horas por día mirando la televisión, los videos, o jugando a los juegos en la computadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	Mi niño/a no tiene una televisión en su cuarto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mi niño/a participa en algún tipo de actividad física moderada para 1 hora a lo menos todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	Mi niño/a no toma regularmente las bebidas de fruta, bebidas para deportistas, o gaseosa (soda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mi niño/a bebe la leche descremada/ 1% en lugar de 2% o la leche entera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR PHYSICIAN USE ONLY

Physician Initials: _____ Date: _____

BMI: _____ BMI%: _____ FH Risk Factors: Y N

	5	2	1	0
Achieved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discussed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>