



Nombre _____ Fecha _____ Evaluación – Mujer 11 y 12 años de edad

Preguntas para los padres

	Si	No	Inseguro
1. ¿Cree usted que su hija tiene problemas con su visión?			
2. ¿Tiene la preocupación de que su hija tiene pérdida de audición?			
3. ¿Hay algún miembro de la familia o de contacto que ha tenido tuberculosis o una prueba de la tuberculina positiva?			
4. ¿Ha viajado su hija durante más de 1 semana a un país de alto riesgo para la tuberculosis (o tenido contacto con residentes de esas poblaciones)?			
5. ¿Ha viajado a otro país por más de 1 semana (excluyendo Canadá y Europa occidental)? Si "Sí", entonces ¿a dónde viajó?			
6. ¿Tiene su hija el VIH/SIDA?			
7. ¿Tiene su hija padres o abuelos que han sufrido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años?			
8. ¿Tiene su hija padres con el colesterol alto (240 mg/dL o más) o que está tomando medicina para el colesterol?			
9. ¿Tiene su hija parientes que han experimentado la muerte repentina e inexplicable o la muerte temprana (<50 años de edad)?			
10. ¿Come su hija principalmente una dieta vegetariana o vegana?			
11. ¿Tiene la preocupación de que su hija NO come suficiente alimentos ricos en hierro como la carne, huevos, cereales fortificados con hierro, o frijoles?			
12. ¿Siente que tiene dificultades para proporcionar alimentos suficientes para alimentar a su familia?			
13. ¿Esta su hija alguna vez cerca del humo del tabaco?			
14. ¿Tiene su hija menstruaciones abundantes?			
15. ¿La menstruación de su hija dilata más de 5 días?			

Desarrollo: ¿Hace su hija algo de lo siguiente?	Si	No	Inseguro
1. ¿Tiene problemas de disciplina en casa o en la escuela?			

=====

2. ¿Consigue dormir al menos 8 horas por noche?			
3. ¿Hace ejercicio todos los días por lo menos 30 minutos?			
4. ¿Está pasando todas sus clases en la escuela?			



Nombre _____ Fecha _____ Evaluación – Mujer 11 y 12 años de edad

Preguntas para el paciente

	Si	No	Inseguro
1. ¿Fumas cigarrillos?			
2. ¿Alguna vez has tenido deficiencia de hierro o anemia?			
3. ¿Sientes que tu dieta regular falta de alimentos ricos en hierro como la carne, los huevos, los cereales fortificados con hierro, o los frijoles?			
4. ¿Tienes menstruaciones abundantes?			
5. ¿Tu menstruación dilata más de 5 días?			
6. ¿Tienes problemas con agresores (bullies)?			



7. ¿Te llevas bien con otros niños en la escuela?			
8. ¿Tienes amigos en la escuela?			