



S O U T H E R N O R E G O N
P E D I A T R I C S

Nombre _____ Fecha _____

Evaluación - 6 años de edad

	Si	No	Inseguro
1. ¿Tiene su hijo/a un hermano/a o compañero de juegos que tiene o ha tenido envenenamiento de plomo?			
2. ¿Esta su hijo/a con frecuencia en una casa construida antes de 1978 que ha sido remodelado en los últimos 6 meses?			
3. ¿Vive su hijo/a en una casa o asiste a una guardería construida antes de 1950?			
4. ¿Hay algún miembro de la familia o de contacto que ha tenido tuberculosis o una prueba de la tuberculina positiva?			
5. ¿Nació su hijo/a en un país de alto riesgo para la tuberculosis (países distintos de los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?			
6. ¿Ha viajado su hijo/a durante más de 1 semana a un país de alto riesgo para la tuberculosis (o tenido contacto con residentes de esas poblaciones)?			
7. ¿Tiene su hijo/a el VIH/SIDA?			
8. ¿Tiene la preocupación de que su hijo/a NO come suficiente alimentos ricos en hierro como la carne, huevos, cereales fortificados con hierro, o frijoles?			
9. ¿Tiene su hijo/a padres o abuelos que han sufrido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años?			
10. ¿Tiene su hijo/a padres con el colesterol alto (240 mg/dL o más) o que está tomando medicina para el colesterol?			
11. ¿Come su hijo/a principalmente una dieta vegetariana o vegana?			
12. ¿Siente que tiene dificultades para proporcionar alimentos suficientes para alimentar a su familia?			
13. ¿Esta su hijo/a alguna vez cerca del humo del tabaco?			

=====

14. ¿Está entrenado a usar el baño su hijo/a durante el día?			
15. ¿Está entrenado a usar el baño su hijo/a durante la noche?			

Evaluación de Salud Oral	Si	No	Inseguro
1. ¿Contiene fluoruro la fuente de agua primaria de su hijo/a? (Ninguna de las ciudades en el Sur de Oregón añaden fluoruro al agua de la ciudad, a diferencia del resto del país.)			
2. ¿Toma su hijo/a jugos, refrescos, bebidas deportivas o alimentos azucarados más de una vez a la semana?			



3. ¿Visita su hijo/a un dentista dos veces al año?			
4. ¿Recibe su hijo/a fuentes tóxicas de fluoruro como barniz, pasta de dientes o enjuague bucal?			
5. ¿Le cepilla los dientes a su hijo/a dos veces al día?			

Evaluación de Desarrollo: ¿Hace su hijo/a lo siguiente?	Si	No	Inseguro
1. ¿Habla bien y responde a la conversación?			
2. ¿Saltos, salta hacia adelante y se balancea con 1(un) pie?			
3. ¿Salta, puede caminar en puntas de pie, saltos grandes?			
4. ¿Copia un triángulo?			
5. ¿Dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas?			
6. ¿Comienza a entender sobre el bien y el mal?			
7. ¿Sabe 4-5 colores?			
8. ¿Se viste y desviste sin supervisión?			
9. ¿Dice su edad?			