



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 - 5 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. ¿Siente que tiene dificultades para proporcionar alimentos suficientes para alimentar a su familia?			
10. ¿Esta su hijo/a alguna vez cerca del humo del tabaco?			
=====			
11. ¿Está entrenado a usar el baño su hijo/a durante el día?			
12. ¿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. ¿Ha tenido usted o el cuidador principal caries activa en los últimos 12 meses?			

1. ¿Visita su hijo/a un dentista dos veces al año?			
2. ¿Recibe su hijo/a fuentes tópicas de fluoruro como barniz, pasta de dientes o enjuague bucal?			

3. ¿Recibe su hijo/a suplementos de fluoruro como gotas o tabletas masticables?			
4. ¿Le cepilla los dientes a su hijo/a dos veces al día?			
5. ¿Tiene usted o el cuidador principal un dentista?			
6. Ha recibido su hijo/a barniz de fluoruro en los últimos seis meses?			

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 bien y el mal?			
7. ¿Sabe 4-5 colores?			
8. ¿Se viste y desviste sin supervisión?			
9. ¿Dice su edad?			