



PARENT QUESTIONNAIRE TEEN WELL CHECK
CUESTIONARIO PARA LOS PADRES EXAMEN DEL ADOLESCENTE SALUDABLE

Dear Parent,

Because we want to give your teenager the best health care, we are asking your teen to complete a private questionnaire. We would like to know if your teen has any questions about health or development, or if your teen has behaviors that could hurt him or herself or others. We would like parents to complete this separate questionnaire. During this visit we will try to answer all your questions as well as those of your teen. Thank you for your help.

Estimados padres de familia:

Ya que deseamos brindar a sus hijos adolescentes la mejor atencion medica, estamos solicitando a sus hijos adolescentes que llenen un cuestionario confidencial. Deseamos saber si su hijo adolescente tiene alguna presunta sobre la salud o el desarrollo, o si su hijo adolescente tiene comportamientos que pudieran ser perjudiciales para si mismo o para los demas. Deseamos que los padres llenen este cuestionario aparte. Durante esta consulta trataremos de contestar sus preguntas y tambien las de su hijo adolescente. Muchas gracias por su ayuda.

State law permits adolescents to receive confidential care for certain types of medical conditions **Las**
leyes estatales permiten que los adolescentes reciban cuidado confidencial para cierto tipo de afecciones medicas.

1. Do you have concerns about your teen's health or lifestyle? If yes, please describe: _____ ¿Tiene preocupaciones sobre la salud o estilo de vida de sus hijo adolescente? En caso afirmativo, por favor describalas: _____	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
2. Have there been any major changes or stresses in your family since your last visit? If yes, please describe: _____ ¿Ha habido cambios mayores o fuentes de estres en su familia desde su ultima consulta? En caso afirmativo, por favor, describalas: _____	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
3. Have you noticed any changes in your teen's behavior: unusual anger or irritability, withdrawal, secrecy, sadness, depression, or problems at school? If yes, please describe _____ ¿Ha notado algun cambio en el comportamiento de su hijo (a) adolescente: ira o irritabilidad inusual, retraimiento, reserva, tristeza, depresion, problemas en la escuela? En caso afirmativo, por favor, describalos: _____	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
4. Does your child see a dentist at least once a year? ¿Va su hijo(a) al dentista por lo menos una vez al año?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
5. Has your child had any serious medical problems since his/her last routine check up? ¿Ha tenido su hijo(a) algun problema medico serio desde su ultimo examen de rutina?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
6. Is your child taking any medications? If yes, please list them: ¿Esta tomando su hijo algun medicamento? En caso afirmativo, por favor enumere los: _____	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
7. Is your child allergic to any medications? If yes, please list them: ¿En su hijo(a) alergico a algun medicamento? En caso afirmativo, por favor enumere los: _____	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
8. Does your child have any missing organs? (such as eye, kidney, testicle) ¿Le falta a su niño algun organo? (tal como un ojo, riñon, testiculo)	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
9. Have your child's parents or grandparents (blood relatives) had a heart attack or stroke before age 55 in men and 65 in women? ¿Han tenido los padres o los abuelos del niño (parientes de sangre) un ataque cardiaco o un derrame cerebral antes de los 55 años en los hombres o los 65 años en las mujeres?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
10. Has your child ever fainted during exercise? ¿Se ha desmayado alguna vez su hijo(a) haciendo ejercicio?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
11. Has your child ever had a concussion (serious head injury) or been unconscious? ¿Ha tenido alguna vez su hijo(a) una concussion (una herida seria en la cabeza) o ha estado inconciente?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
12. Has anyone who lives in your house or a babysitter ever had a positive TB (Tuberculosis) skin test or active TB? ¿Hay alguna persona que vive en su casa o una niñera que haya tenido una prueba de la piel de TB positiva (Tuberculosis) o una tuberculosis activa?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
13. Were you (or any household member) born outside of the United States or have you recently traveled to a developing country (Central or South America, Asia or Africa)? ¿Usted (o cualquier otro miembro de la familia) ha nacido fuera de los Estados Unidos o viajado recientemente a un pais en desarrollo (America Central o de Sur, Asia o Africa)?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
14. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? ¿Ha vivido su hijo(a) fuera de los Estados Unidos por mas de un mes?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

If you have any other concerns, please write them here/Si tiene algun tipo de inquietudes, escribalas aqui:

Please enter your phone number in case we need to call: Por _____
 favor provea su numero de telefono en caso de que le necesitemos llamar: **Phone Number/Numero de Telefono**

Good times to call you/ Mejor hora para llamarle: _____

E-mail Address/ Direccion de Correo Electronico: _____

Signature/Firma: _____ **Date/Fecha:** _____



PATIENT IDENTIFICATION LABEL

PHQ2 + 1
Questionario de Depresion

1. Durante las dos últimas semanas ha tenido molestias o sensación de poco interés o placer en hacer las cosas?

SI _____ NO _____

2. Durante las dos últimas semanas se ha sentido desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?

SI _____ NO _____

+ 1. Ha sido referido al Departamento de Salud Mental/o con un Psicólogo o Psiquiatra en los últimos 30 días?

SI _____ NO _____

FOR STAFF USE:

If any of above questions is answered YES, ask the following question:

- Are you currently being seen by a Mental Health/Behavioral Health Provider?

YES _____ NO _____

If above question is answered NO, administer the PHQ-9 Depression Screen.

If above question is answered YES, ask only Question #9 of PHQ9:

- "In the last two weeks how often have you had thoughts that you would be better off dead, or hurting yourself?"

Not at all _____ Several days _____ More than half of the days _____ Nearly every day _____

If above Question (#9 of PHQ9) is answered 1-3, a Risk Assessment will be completed by RN, LVN or a Provider during visit.

What Follow up action was taken?

- ___ Patient Refused PHQ-2
___ Patient given the PHQ-9
___ Patient seen by PCP last 2 weeks
___ Patient referred to BH Provider
___ Patient Refused PHQ-9
___ Patient declined referral to BH
___ Patient in treatment Borrego Health/Elsewhere
___ Referral pending with BH

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

12 – 17 años (12 – 17 Years)

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	Año escolar
Persona que completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			Asistencia escolar ¿Regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda.
Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no conoce una respuesta o no desea responder.
Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:
Nutrition

1	¿Bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Come comidas con alto contenido de grasa, como comidas fritas, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
4	¿Bebe más de 12 oz (1 lata de refresco) por día de jugo, bebida deportiva, bebida energizante o bebida de café endulzada? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
5	¿Hace ejercicio o deporte la mayoría de los días? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
6	¿Le preocupa su peso? <i>Concerned about weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
7	¿Mira televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
8	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
9	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
10	¿Siempre usa cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
11	¿Pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Pasa tiempo con alguna persona que lleve un revólver, un cuchillo u otra arma? <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

13	¿Siempre usa casco cuando va en bicicleta, patineta o <i>scooter</i> ? <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	SÍ <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Alguna vez ha presenciado un acto de abuso o violencia? <i>Ever witnessed abuse or violence?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	Durante el último año, ¿alguien lo ha golpeado, abofeteado o lastimado físicamente (o ha lastimado usted a alguien)? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	¿Alguna vez lo han intimidado o se sintió inseguro en su escuela o barrio (o lo intimidaron por Internet)? <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
17	¿Se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	SÍ <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
18	¿Con frecuencia se siente triste, deprimido o desesperanzado? <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Mental Health
19	¿Pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	¿Fuma cigarrillos o mastica tabaco? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
21	¿Consume o aspira alguna sustancia para drogarse, como marihuana, cocaína, <i>crack</i> , metanfetamina (“ <i>meth</i> ”), éxtasis, etc.? <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
22	¿Utiliza medicamentos que no fueron recetados para usted? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
23	¿Bebe alcohol una vez a la semana o más? <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
24	Si bebe alcohol, ¿bebe hasta emborracharse o desmayarse? <i>If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
25	¿Tiene amigos o familiares que tienen problemas con las drogas o el alcohol? <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
26	¿Conduce un automóvil después de beber, o viaja en un automóvil conducido por una persona que ha bebido o consumido drogas? <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
Sus respuestas sobre relaciones sexuales o planificación familiar no serán divulgadas a nadie, ni siquiera a sus padres, sin su permiso.					
27	¿Alguna vez lo forzaron o presionaron para tener relaciones sexuales? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales (orales, vaginales o anales)? <i>Si la respuesta es “no”, pase a la pregunta 35.</i> <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
29	¿Cree que usted o su pareja pueden tener una infección de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, verrugas genitales, etc.? <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	No	SÍ <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	

30	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales con otras personas en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
31	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin utilizar un método anticonceptivo en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
32	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿utilizó un método anticonceptivo? <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
33	¿Usted o su(s) pareja(s) tuvieron relaciones sexuales sin condón en el último año? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
34	¿Usted o su pareja usaron un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales? <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
35	¿Tiene alguna pregunta sobre su orientación sexual (que estás atraído a) o la identidad de género (cómo se siente como un niño, niña, o de otro género)? <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
36	¿Tiene alguna otra pregunta o inquietud sobre su salud? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:



Cuestionario para evaluación de Riesgo de Tuberculosis

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

* Si su hijo tiene una cita el día de hoy, favor de llenar éste cuestionario con información pertinente al niño(a).

Indique si manifiesta alguno de los siguientes síntomas:		
Tos	Fiebre	Pérdida de apetito
Tos con sangre	Fatiga	Pérdida de Peso
Sudores Nocturnos		
1. Indique si alguna vez ha tenido una prueba de Tuberculosis positiva (Piel o sangre): (Si la respuesta es sí, responda A-D) (Si la respuesta es no, pasar a la # 2)	Sí	No
Responda sólo si ha tenido una prueba con resultado positivo:		
A. Fecha de la prueba positiva: _____		
B. Fecha de la última radiografía de tórax: _____ Normal: Sí No		
C. Tomo algún tratamiento preventivo? Sí No		
D. Fechas del tratamiento preventivo: _____		
2. Indique si en las últimas 4 semanas ha sido vacunado contra la varicela, gripe, herpes, rubeola, paperas o sarampión:	Sí	No
3. Tiene usted contacto con alguien que tenga Tuberculosis?	Sí	No
4. ¿En los últimos 5 años ha vivido o trabajado en prisión, hospital, hogar de ancianos, casa de asistencia, o con padres adoptivos?	Sí	No
5. ¿Nació usted en Asia, África, América Latina, el Caribe, Europa del Este, Islas del Pacífico, América del Sur o México?	Sí	No
6. ¿En los últimos 2 años ha viajado a Asia, África, América Latina, el Caribe, Europa del Este, Islas del Pacífico, América del Sur o México?	Sí	No
7. ¿Está usted actualmente sin hogar, trabajador migrante, consume drogas?	Sí	No

He recibido información sobre la prueba de la tuberculina y he tenido la oportunidad de formular preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en regresar en 48 a 72 horas para que mi prueba de la tuberculosis sea leída. Entiendo los riesgos y beneficios de la prueba de la tuberculina y solicito se me administre. Entiendo que si presento síntomas de tuberculosis, o la prueba de la tuberculina es positiva, necesito tener seguimiento con mi médico y tratamiento adicional puede ser necesario.

Forma completado por (Firma): _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: (Yo), (Padre), (Tutor), (Otro): _____

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo su comprobante de vacunación hoy? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Que es lo que tú comes?
(Edades 8-19)

Encierra en un círculo el nombre de los alimentos que comes con frecuencia:

Hierro/Proteína

Pollo/Pavo	Jamón/Cerdo	Mariscos	Huevos	Tofu
Hamburguesas	Pollo frito	Tacos	Maní	Pizza
Pan Integral	Crema de cacahuete	Cereal	Arroz	Salchichas
Burrito Carne/frijoles	Sopa de fideos	Tortilla	Carne res	Pasta
Pan Dulce	Frijoles/Lentejas	Pan blanco	Papas	
Vegetales de hoja verde	Espaguetis con albóndigas			

Frutas y Vegetales

Pepino	Brócoli	Plátano	100% Jugo	Peras	Chícharos
Piña	Pimientos	Naranja	Zanahorias	Manzana	Mango
Melón	Chiles picantes	Tomates	Uvas	Papas	Elotes
Ensalada verde	Repollo	Ejotes	Durazno	Sandía	Fresas
Vegetales de hoja verde	Camote				

Bocadillos

Chocolate	Papas fritas	Pastel de fruta	Donas	Dulces
Vegetales	Chetos	Totopos	Galletas	Bagels
Pan dulce	Palomitas de maíz	Pretzels	Galletas saladas	Frutas

Bebidas

Bebidas deportivas	100% Jugo de fruta	Vino	Sodas
Bebidas alcohólicas	Refrescos	Café	Té dulce
Cerveza	Vino helado	Té de hierbas	Agua
Refrescos con sabor fruta	Refrescos de café	Bebidas energizantes	

Calcio

Mantequilla de almendra	Leche sin grasa	Leche entera	Leche 2 %	Ciruelas
Leche 1 %	Pastel de soya	Pasta de semilla de sésamo	Yogur	
Frijoles	Leche sin lactosa	Helados	Higos secos	Queso
Tofu	Malteada	Frijol de soya	Almendras	Maíz
Legumbres de hoja verde	Naranja	Tortillas		
Leche de soya con calcio	100% Jugo fortificado con calcio			

Nombre: _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Peso: _____ lb Altura: _____ IMC: _____ IMC %: _____ Fecha: _____

Referred for identified

Para uso oficial –No lo complete

Circle to indicate the topics discussed:

- Alimentación Saludable
- Regular meals/snacks
- Importance of breakfast
- inadequate food supply
- Low fat dairy foods
- High sugar foods
- Other: _____

Iron/Protein

- 2-3 servings daily
- High iron foods
- Plant protein sources such as beans, peas, lentils, nuts, etc.
- Limit high fat foods

Fruits and Vegetables

- 2-4 fruits daily or more
- 3-5 vegetables daily or more
- Vitamin C sources
- Vitamin A sources

Calcium

- 3-4 servings dairy foods/day
- Nonfat or 1 % milk Lowfat dairy choices
- Low lactose alternative Calcium fortified foods
- Other food sources of calcium

Snacks

- High-sugar snacks High-fat snacks
- Fruit/vegetable snacks
- Fast foods

Drinks

- < 8-12 oz/day 100% juice
- 6-8 glasses of water (8 ounces each)/day
- Sweetened drinks
- Alcohol/caffeine

Nutrition problem? **Yes** **No**

If yes, where: _____

Provider initials: _____

Evaluación de la Nutrición y la Actividad Juvenil

(Edades 8-19)

DHCS 4035 B (05/16) Adapted from the CHDP Programs of Orange County and San Bernardino Counties

Proporcione información adicional sobre su comida, actividad y hábitos:

Hábitos Alimenticios

¿Come o bebe los siguientes alimentos?

Desayuno	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca
Bocadillo	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca
Almuerzo	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca
Bocadillo	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca
Cena	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca
Bocadillo	Siempre	Generalmente	A veces	Nunca

Ejercicios/Actividad física

Cuántas horas al día usted?

Mira televisión _____ horas/día
 Usa su celular _____ horas/día
 Juegos de video/computadora _____ horas/día

Participa en clases de educación física en la escuela? **Sí** **No**

Encierre en un círculo las actividades en que participa:

Caminar Correr Bicicleta Natación
 Baile Yoga Artes marciales Patinar
 Baloncesto Softbol Fútbol Voleibol
 Otras actividades o deportes: _____

Con que frecuencia esta físicamente activo?

_____ Veces a la semana _____ Minutos al día

Peso/Imagen corporal

Circule uno. Está tratando de?

Mantenerse igual Perder peso Ganar peso sin preocupación

Come menos para poder controlar su peso? **Sí** **No**

Explique _____

Alguna vez se ha causado vomito intencionalmente? **Sí** **No**

Contesto Si, con qué frecuencia? _____ Cuando fue la última vez _____

Alguna vez ha comido en exceso, sin poder parar? **Sí** **No**

Contesto Si, con qué frecuencia? _____ Cuando fue la última vez _____

Encierre en un círculo lo que usted consume con frecuencia:

Píldoras de Dieta Laxativos Multivitaminas calcio Hierro
 Vitamina D Proteína en polvo Suplementos nutricionales Esteroides

Algún otro producto que usted utilice?

Explique: _____

Para uso oficial – No lo complete

Complete assessment below using all information provided:

Eating Habits

Overall diet adequate	Yes	No
3 meals and snacks	Yes	No
High iron foods	Yes	No
Calcium foods	Yes	No
5 or more fruits/vegetables	Yes	No
Adequate fluids	Yes	No

Exercise/Physical Activity

Limits use of TV, phone, internet, video or computer games to ≤ 1-2 hours/day

Yes **No**

Goal set: _____

Engages in physical activity (60 minutes/day or more)

Yes **No**

Goal set: _____

Referral made

Yes **No**

Referred to: _____

Weight/Body Image

BMI %ile _____ Date _____

- BMI between 5th and 85th %iles**
- BMI ≤ 5th %ile**
- BMI between 85th and 95th %iles**
- BMI ≥ 95th %ile**

Signs of eating disorder

Yes **No**

Counseling given

Yes **No** Topics:

Goal set: _____

Referral made

Yes **No**

Referred to: _____