

Whole Child Assessment- Version 2 for 6 – 8 Years

Por favor conteste todas las preguntas en este formulario lo mejor que pueda. Nos ayudará a saber cómo podemos ayudarlo a estar saludable. **Puede omitir cualquier pregunta si no sabe una respuesta o si no quiere responderla.** Puedes agregar comentarios para explicar tus respuestas. Mantendremos esta información confidencial, a menos que exista la preocupación de que esté siendo lastimado.

1	Persona completando el formulario (<i>Person completing form</i>)	<input type="checkbox"/> Padre(s) (<i>Biological</i>) <input type="checkbox"/> Padrasto(s) (<i>Step</i>) <input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivos (<i>Adopted</i>) <input type="checkbox"/> Padre(s) de Crianza (<i>Foster</i>) <input type="checkbox"/> Amigo(s) (<i>Friend(s)</i>) <input type="checkbox"/> Otro (<i>Other</i>) (<i>Especificar</i>)									
2	¿En qué grado está su hijo en la escuela? (<i>What grade</i>)	K	1	2	3	4	5	6	7	1 Interval History	
	¿Está su hijo en educación especial O están las calificaciones por debajo del promedio? (<i>In special ed OR grades below average</i>)	No	Inseguro/a					Si			
3	Desde la última visita, su hijo (<i>Since the last visit...</i>)	No	Inseguro/a					Si			
	• ¿Se lo ha visto en otra clínica? (<i>Seen in another clinic</i>)	No	Inseguro/a					Si			
	• ¿Ha desarrollado una nueva enfermedad? (<i>New illness</i>)	No	Inseguro/a					Si			
	• ¿Se lo ha visto en la sala de emergencias? (<i>ER visit</i>)	No	Inseguro/a					Si			
	• ¿Ha sido hospitalizado? (<i>Hospitalized</i>)	No	Inseguro/a					Si			
	• ¿Se realizó una operación? (<i>Operation</i>)	No	Inseguro/a					Si			
4	Desde la última visita, ¿ha habido algún cambio o evento que haya sido estresante, aterrador o molesto para su hijo? (<i>Any changes or events that were stressful, scary or upsetting to child</i>)	No	Inseguro/a					Si			
5	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud o el comportamiento de su hijo en el hogar o la escuela? <i>En caso afirmativo, describa: (Questions or concerns)</i>	No	Inseguro/a					Si			
6	¿Un miembro de la familia o contacto cercano ha tenido tuberculosis durante la vida de su hijo? (<i>Tuberculosis exposure</i>)	No	Inseguro/a					Si			10 Tuberculosis
7	¿Nació su hijo en los Estados Unidos? (<i>Born in U.S.</i>)	Si	Inseguro/a					No			
8	¿Su hijo ha vivido o viajado fuera de los Estados Unidos durante al menos un mes? (<i>Traveled outside U.S. for month+</i>)	No	Inseguro/a					Si			
9	¿Su hijo se cepilla sus dientes y usa hilo dental dos veces al día? (<i>Brush and floss twice daily</i>)	Mucho	A veces					Nunca			9 Dental
10	En el último año, ¿su hijo ha tenido dos consultas con el dentista? (<i>In past year seen twice by dentist</i>)	Si	Inseguro/a					No			
11	¿Cuántas porciones de fruta (aproximadamente del tamaño del puño de su hijo) come su hijo cada día? (<i>Servings of fruit each day</i>)	3+	2					0-1			8 Nutrition
12	¿Cuántas porciones de vegetales (aproximadamente del tamaño del puño de su hijo) come su hijo todos los días? (<i>Servings of vegetables each day</i>)	4+	2-3					0-1			
13	¿Cuántas porciones al día bebe o come su hijo alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? (<i>Servings a day of calcium-rich foods or drinks</i>)	3+	2					0-1			
14	¿Cuántas veces al día su hijo toma una taza (aproximadamente 8 onzas) de jugo, soda, bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas azucaradas? (<i>Cups a day of sweetened drinks</i>)	0-1	2					3+			
15	¿Cuántas veces a la semana desayuna su niño? (<i>Times a week eats breakfast</i>)	6-7	3-5					0-2			

16	¿Cuántas veces a la semana su hijo come alimentos altos en grasa como fritos, pizza u otra comida rápida? <i>(Times a week eats high-fat foods)</i>	0-1	2	3+	8 Nutrition	
17	¿Cuántas veces a la semana su hijo come bocadillos o galletas saladas? <i>(Times a week snacks on chips, pretzels, crackers)</i>	0-1	2-3	4+		
18	¿Cuántas veces a la semana su hijo come helado, galletas u otros postres? <i>(Times a week eats dessert)</i>	0-1	2-3	4+		
19	¿Cuántas veces a la semana juega su hijo activamente, como correr o saltar, lo suficiente como para provocar una respiración más rápida? <i>(Times a week plays actively)</i>	6-7	3-5	0-2	7 Physical Activity	
20	En aquellos días en que su hijo juega activamente, ¿cuántos minutos juega? <i>(For how many minutes plays actively)</i>	60+	30-59	0-29		
21	Fuera del trabajo escolar, ¿cuántas horas al día pasa su hijo viendo una pantalla (TV, teléfono, computadora, tableta, videojuegos, etc.)? <i>(Outside school, hours a day screen time)</i>	0-1	2+ A veces	2+ Mucho		
22	¿Su hijo participa en deportes, danza, música, actividades religiosas u otros programas extracurriculares? <i>(Involved in sports, dance, music, religious, other)</i>	Si	Inseguro/a	No	6 Sleep	
23	¿Tiene su hijo problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido? <i>(Trouble falling or staying asleep)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
24	¿Sientes que es difícil cuidar a tu hijo? <i>(Difficult to take care of)</i>	Nunca	A veces	Mucho		5 Relationships
25	¿Sientes que necesitas gritarle a su hijo? <i>(Need to shout/yell)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
26	¿Encuentra que necesita golpear o azotar/nalguear a su hijo? <i>(Need to hit/spank)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
27	¿Los padres de su hijo están separados, divorciados o no viven juntos? <i>(Parents separated, divorced, not living together)</i>	No	Padres Fallecidos Inseguro/a	Si		
28	¿Su familia se cuida el uno al otro, se siente cercana y se apoya? <i>(Family close and support each other)</i>	Mucho	A veces	Nunca		
29	¿Un padre o miembro de la familia fue arrestado, deportado, fue a la prisión, a la cárcel u otra institución correccional durante la vida de su hijo? <i>(Parent or household member arrested, deported, incarcerated)</i>	No	Inseguro/a	Si		
30	¿Sabe o le preocupa que alguien haya tocado a su hijo o lo haya obligado a tocar a esa persona de manera sexual? <i>(Unwanted touch or sex)</i>	No	Inseguro/a	Si	4 Mental Health	
31	¿Su hijo parece nervioso o con miedo? <i>(Nervous/afraid?)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
32	¿Su hijo parece triste o infeliz? <i>(Sad/unhappy?)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
33	¿Tiene su hijo problemas con la ira o pelea con otros niños? <i>(Anger/fights)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
34	¿Tiene su hijo problemas para prestar atención o quedarse quieto? <i>(Attention/sitting still)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
35	¿ Alguna vez un padre o un miembro de la familia de su hijo estuvo deprimido, mentalmente enfermo, O fue suicida? <i>(Parent or household member ever depressed, mentally ill, or suicidal)</i>	No	Inseguro/a	Mucho		

**Whole Child Assessment- Version 2
for 6 – 8 Years**

36	¿Y usted? - En las últimas 2 semanas , ¿con qué frecuencia le ha molestado a usted alguno de los siguientes problemas? <i>(About person completing form- over past 2 weeks PHQ-2 and GAD-2)</i> A1. Poco interés o placer en hacer las cosas A2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado B1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde B2. No poder parar o controlar preocuparse	Nunca 0 0 0 0	Varios días 1 1 1 1	Más de la mitad de los días 2 2 2 2	Casi todos los días 3 3 3 3	4 Mental Health A: B:
37	¿Pasa su hijo tiempo con alguien que fuma, vaporiza, usa cigarrillos electrónicos O mastica tabaco? <i>(Smoke or chewing tobacco exposure)</i>	No	Inseguro/a		Si	3 Substances
38	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado usted 4 o más bebidas que contienen alcohol en un día ? <i>(Person completing form- 4 or more drinks in one day)</i>	0	1		2+	
39	¿ Alguna vez un padre o miembro de la familia de su hijo tuvo un problema con las drogas O el alcohol? <i>(Parent or household member ever had drug or alcohol problem)</i>	No	Inseguro/a		Si	
40	¿Tiene su casa un detector de humo que funcione y un detector de monóxido de carbono? <i>(Home smoke/CO detector)</i>	Si	Inseguro/a		No	2 Safety
41	¿Su hijo siempre usa un cinturón de seguridad en el asiento trasero (o usa un asiento elevador si mide menos de 4'9 ")? <i>(Always uses a seat belt in the back seat)</i>	Si	Inseguro/a		No	
42	¿Su hijo siempre usa un casco cuando está en bicicleta, scooter, patineta o patines? <i>(Always wears helmet riding)</i>	Si	No monta		No	
43	¿Pasa su hijo tiempo cerca de una piscina, río, lago o jacuzzi? <i>(Time near a swimming pool, river, lake, hot tub)</i>	No	Inseguro/a		Si	
44	¿Pasa su hijo tiempo con alguien que porta un arma, o pasa tiempo en una casa donde se guarda una pistola? <i>(Time around weapon or gun)</i>	No	Inseguro/a		Si	
45	¿Su hijo (como bebé o ya mayor) ha visto o escuchado a adultos en la casa empujando, golpeando, pateando O amenazándose físicamente? <i>(Seen or heard adults physically threatening each other)</i>	No	Inseguro/a		Si	
46	¿ Alguna vez ha vivido su hijo con un padre u otro adulto que lo lastimó físicamente? <i>(Adult at home physically hurt child)</i>	No	Inseguro/a		Si	
47	¿ Alguna vez ha sido su hijo intimidado o acosado por internet, o se ha sentido inseguro en la escuela o en su vecindario? <i>(Bullied, cyber bullied or felt unsafe)</i>	No	Inseguro/a		Si	
48	En promedio, ¿qué tan difícil fue para su familia cubrir los gastos para necesidades básicas como comida, ropa y vivienda en el último año ? <i>(Food, clothing, housing in last year)</i>	Nunca	Un poco	A veces	Bastante	Mucho

Si tiene inquietudes, comentarios o preguntas adicionales, describa aquí

Clinic Use Only: circle each question with a positive response, sum number of circled questions											
Child-ACE Exposures:	25	27	28	29	30	35	39	45	46	48	∑ =
Child-ACE Risks:	1	24	26	36A	36B	38					∑ =
Child-ACE Total											∑ =
PCP's Signature				Print Name				Date			