

Whole Child Assessment- Version 3 for 4 – 5 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>)			
2a	¿Está su hijo en preescolar o va a la escuela? (<i>Preschool/school</i>)	Si	Inseguro/a	No	1 Interval History
2b	¿Su hijo participa en educación especial o tiene IEP de la escuela/ plan 504? (<i>In special ed or IEP/504 plan</i>)	No	Inseguro/a	Si	
3	Desde la última visita, su hijo (<i>Since the last visit...</i>) <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se lo ha visto en otra clínica? (<i>Seen in another clinic</i>) • ¿Ha desarrollado una nueva enfermedad? (<i>New illness</i>) • ¿Se lo ha visto en la sala de emergencias? (<i>ER visit</i>) • ¿Ha sido hospitalizado? (<i>Hospitalized</i>) • ¿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 el crecimiento o el comportamiento de su hijo? <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 dos veces al día con pasta dental con flúor? (<i>Brush twice daily with fluoride toothpaste</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	¿Su hijo está inscrito en WIC? <i>(Enrolled in WIC)</i>	Si	Inseguro/a	No	7 Physical Activity	
20	¿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		
21	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		
22	¿Cuántas horas al día pasa su hijo viendo una pantalla (TV, teléfono, computadora, tableta, videojuegos, etc.)? <i>(Hours a day on screen time)</i>	0-1	2+ A veces	2+ Mucho		
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		
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>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días		Casi todos los días
	A1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3	A: B:
	A2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3	
	B1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde	0	1	2	3	
	B2. No poder parar o controlar preocuparse	0	1	2	3	

37	¿Pasa su hijo tiempo con alguien que fuma, vaporiza O usa cigarrillos electrónicos? (<i>Tobacco smoke 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	¿Siempre coloca a su hijo en un asiento para automóvil o en un asiento elevado en el asiento trasero? (<i>Car seat or booster seat 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
49	¿Le gustaría que alguien le hiciera seguimiento sobre los recursos de la comunidad? (<i>Follow-up for community resources</i>)	No	Inseguro/a	Si		

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	Σ =
Child-ACE Risks:	1	24	26	36A	36B	38					Σ =
Child-ACE Total											Σ =
PCP's Signature				Print Name				Date			