

## Whole Child Assessment- Version 3 for 9 - 11 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	¿En qué grado está su hijo en la escuela? ( <i>What grade</i> )	K	1	2	3	4	5	6	7	1 Interval History	
2b	¿Las calificaciones de su hijo están por debajo del promedio? ( <i>Grades below average</i> )	No	Inseguro/a					Si			
2c	¿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> )										
	• ¿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 el crecimiento o el comportamiento de su hijo? <i>En caso afirmativo, describa: (Questions or concerns)</i>	No	Inseguro/a					Si			
6	<i>Solo para chicas-</i> ¿tu hija ha tenido su primer menstruación? ( <i>Girls - has daughter gotten first period</i> )	No	Inseguro/a					Si			
7	¿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			
8	¿Nació su hijo en los Estados Unidos? ( <i>Born in U.S.</i> )	Si	Inseguro/a					No			
9	¿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			
10	¿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			
11	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			
12	¿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			
13	¿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			
14	¿Cuántas porciones al día bebe o come su hijo alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja <b>O</b> tofu? ( <i>Servings a day of calcium-rich foods or drinks</i> )	3+	2					0-1			
15	¿Cuántas veces al día su hijo toma una taza (aproximadamente 8 onzas) de jugo, soda, bebidas deportivas, bebidas energéticas <b>U</b> otras bebidas azucaradas? ( <i>Cups a day of sweetened drinks</i> )	0-1	2					3+			

16	¿Cuántas veces a la <b>semana</b> desayuna su niño? <i>(Times a week eats breakfast)</i>	6-7	3-5	0-2	8 Nutrition	
17	¿Cuántas veces a la <b>semana</b> su hijo come alimentos altos en grasa como fritos, pizza <b>U</b> otra comida rápida? <i>(Times a week eats high-fat foods)</i>	0-1	2	3+		
18	¿Cuántas veces a la <b>semana</b> su hijo come bocadillos o galletas saladas? <i>(Times a week snacks on chips, pretzels, crackers)</i>	0-1	2-3	4+		
19	¿Cuántas veces a la <b>semana</b> su hijo come helado, galletas u otros postres? <i>(Times a week eats dessert)</i>	0-1	2-3	4+		
20	¿Cuántas veces a la <b>semana</b> 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	
21	En aquellos días en que su hijo juega activamente, ¿cuántos <b>minutos</b> juega? <i>(For how many minutes plays actively)</i>	60+	30-59	0-29		
22	Fuera del trabajo escolar, ¿cuántas <b>horas al día</b> 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		
23	¿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		
24	¿Tiene su hijo problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido? <i>(Trouble falling or staying asleep)</i>	Nunca	A veces	Mucho	6 Sleep	
25	¿Sientes que es difícil cuidar a tu hijo? <i>(Difficult to take care of)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
26	¿Sientes que necesitas gritarle a su hijo? <i>(Need to shout/yell)</i>	Nunca	A veces	Mucho	5 Relationships	
27	¿Encuentra que necesita golpear o azotar/nalguear a su hijo? <i>(Need to hit/spank)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
28	¿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
29	¿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		
30	¿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		
31	¿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		
32	¿Su hijo parece nervioso o con miedo? <i>(Nervous/afraid?)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
33	¿Su hijo parece triste o infeliz? <i>(Sad/unhappy?)</i>	Nunca	A veces	Mucho	4 Mental Health	
34	¿Tiene su hijo problemas con la ira o pelea con otros niños? <i>(Anger/fights)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
35	¿Tiene su hijo problemas para prestar atención o quedarse quieto? <i>(Attention/sitting still)</i>	Nunca	A veces	Mucho		
36	¿ <b>Alguna vez</b> un padre o un miembro de la familia de su hijo estuvo deprimido, mentalmente enfermo, <b>O</b> fue suicida? <i>(Parent or household member ever depressed, mentally ill, or suicidal)</i>	No	Inseguro/a	Mucho		

**Whole Child Assessment- Version 3  
for 9 - 11 Years**

37	¿Y usted? - En las últimas <b>2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia le ha molestado <b>a usted</b> 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:
38	¿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
39	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado <b>usted</b> 4 o más bebidas que contienen alcohol en un <b>día</b> ? <i>(Person completing form- 4 or more drinks in one day)</i>	0	1		2+	
40	¿ <b>Alguna vez</b> un padre o miembro de la familia de su hijo tuvo un problema con las drogas <b>O</b> el alcohol? <i>(Parent or household member ever had drug or alcohol problem)</i>	No	Inseguro/a		Si	
41	¿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
42	¿Su hijo <b>siempre</b> 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	
43	¿Su hijo <b>siempre</b> usa un casco cuando está en bicicleta, scooter, patineta o patines? <i>(Always wears helmet riding)</i>	Si	No monta		No	
44	¿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	
45	¿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	
46	¿Su hijo (como bebé o ya mayor) ha visto o escuchado a adultos en la casa empujando, golpeando, pateando <b>O</b> amenazándose físicamente? <i>(Seen or heard adults physically threatening each other)</i>	No	Inseguro/a		Si	
47	¿ <b>Alguna vez</b> 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	
48	¿ <b>Alguna vez</b> 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	
49	En promedio, ¿qué tan difícil fue para su familia cubrir los gastos para necesidades básicas como comida, ropa y vivienda en el <b>último año</b> ? <i>(Food, clothing, housing in last year)</i>	Nunca	Un poco	A veces	Bastante	Mucho
50	¿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

<b>Clinic Use Only:</b> circle each question with a positive response, sum number of circled questions											
Child-ACE Exposures:	26	28	29	30	31	36	40	46	47	49	Σ =
Child-ACE Risks:	1	25	27	37A	37B	39					Σ =
Child-ACE Total											Σ =
PCP's Signature					Print Name					Date	