

Whole Child Assessment- Version 3 for 0 – 6 Months

*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 | ¿Su hijo va a la guardería? <i>(Daycare?)</i> | No | Inseguro/a | Si | 1 Interval History | |
| 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 la salud, el crecimiento, desarrollo, 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 | | |
| 7 | ¿Nació su hijo en los Estados Unidos? <i>(Born in U.S.)</i> | Si | Inseguro/a | No | 10 Tuberculosis | |
| 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 | ¿Le da a su hijo un biberón con algo que no sea leche materna o fórmula? <i>(Bottle with other than breast milk or formula)</i> | Nunca | A veces | Mucho | | |
| 10 | ¿Qué le das de comer a tu hijo? <i>Marque con un círculo todo lo que corresponda. (What do you feed your child?)</i> | Leche materna | Fórmula | Leche | 8 Nutrition | |
| 11 | ¿Su hijo hace al menos 4-6 pañales mojados y al menos 1 evacuación/movimiento intestinal al día? <i>(At least 4-6 wet diapers and 1 bowel movement a day)</i> | Si | Inseguro/a | No | | |
| 12 | ¿Su hijo está inscrito en WIC? <i>(enrolled in WIC)</i> | Si | Inseguro/a | No | | |
| 13 | ¿ Siempre pones a tu bebé a dormir boca arriba? <i>(Always put baby to sleep on back)</i> | Si | Inseguro/a | No | 6 Sleep | |
| 14 | ¿Es difícil poner a dormir a tu hijo? <i>(Difficult to put to sleep)</i> | Pocas veces | A veces | Mucho | | |
| 15 | ¿Sientes que es difícil cuidar a tu hijo? <i>(Difficult to take care of)</i> | Nunca | A veces | Mucho | 5 Relationships | |
| 16 | ¿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 |
| 17 | ¿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 | | |
| 18 | ¿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 | | |

**Whole Child Assessment- Version 3
for 0 – 6 Months**

| | | | | | | |
|----|--|-------|-------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
| 19 | ¿Su hijo está inquieto o irritable? (<i>Fussy or irritable</i>) | Nunca | A veces | | Mucho | 4 Mental Health |
| 20 | ¿ 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 | |
| 21 | ¿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 | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días | |
| 22 | ¿Pasa su hijo tiempo con alguien que fuma, vaporiza O usa cigarrillos electrónicos? (<i>Tobacco smoke exposure</i>) | No | Inseguro/a | | Si | 3 Substances |
| 23 | 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+ | |
| 24 | ¿ 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 | |
| 25 | ¿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 |
| 26 | ¿Su hogar tiene artículos de limpieza, medicamentos y fósforos/cerillos guardados? (<i>Poisons/dangers locked away</i>) | Si | Inseguro/a | | No | |
| 27 | ¿ Siempre te quedas con tu hijo cuando está en la bañera? (<i>Stay when child in bathtub</i>) | Si | Inseguro/a | | No | |
| 28 | ¿ Siempre coloca a su hijo en un asiento de automóvil orientado hacia atrás en el asiento trasero? (<i>Rear-facing car seat in the back seat</i>) | Si | Inseguro/a | | No | |
| 29 | ¿Pasa su hijo tiempo en una casa donde se guarda una pistola? (<i>Gun in home</i>) | No | Inseguro/a | | Si | |
| 30 | ¿ Alguna vez su hijo ha visto o escuchado a adultos en la casa empujando, golpeando, pateando O amenazándose físicamente? (<i>Seen or heard adults threatening each other</i>) | No | Inseguro/a | | Si | |
| 31 | ¿ 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 | |
| 32 | 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 |
| 33 | ¿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: | 16 | 17 | 18 | 20 | 24 | 30 | 31 | 32 | ∑ = |
| Child-ACE Risks: | 1 | 15 | 21A | 21B | 23 | | | | ∑ = |
| | | | | | | | | Child-ACE Total | ∑ = |
| PCP's Signature | Print Name | | | | | | Date | | |