

Whole Child Assessment- Version 3 for 2 – 3 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>	☐ Padre(s) <i>(Biological)</i> ☐ Padrasto(s) <i>(Step)</i> ☐ Padre(s) Adoptivos <i>(Adopted)</i> ☐ Padre(s) de Crianza <i>(Foster)</i> ☐ Amigo(s) <i>(Friend(s))</i> ☐ Otro <i>(Other)</i> <i>(Especificar)</i>			
2	¿Su hijo va a la guardería o al preescolar? <i>(Daycare/preschool)</i>	Si	Inseguro/a	No	1 Interval History
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> ¿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	
		No	Inseguro/a	Si	
		No	Inseguro/a	Si	
		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 o 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	¿Ayuda a su hijo a cepillarse los dientes dos veces al día? <i>(Help brush 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 frutas O verduras (aproximadamente del tamaño del puño de su hijo) come su hijo todos los días? <i>(Servings of fruits OR vegetables each day)</i>	5+	2-4	0-1	8 Nutrition
12	¿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	
13	¿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+	
14	¿Cuántas veces a la semana desayuna su niño? <i>(Times a week eats breakfast)</i>	6-7	3-5	0-2	
15	¿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+	
16	¿Su hijo está inscrito en WIC? <i>(Enrolled in WIC)</i>	Si	Inseguro/a	No	

Whole Child Assessment- Version 3 for 2 – 3 Years

17	¿Juega su niño activamente por al menos 1 hora cada día? (Plays actively at least 1 hour a day)	Si	Inseguro/a		No	7 Physical Activity	
18	¿Cuántas horas al día pasa su hijo viendo una pantalla (TV, teléfono, computadora, tableta, videojuegos, etc.)? (Hours a day on screen time)	0-1	2+ A veces		2+ Mucho		
19	¿Tiene su hijo problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido? (Trouble falling or staying asleep)	Nunca	A veces		Mucho	6 Sleep	
20	¿Sientes que es difícil cuidar a tu hijo? (Difficult to take care of)	Nunca	A veces		Mucho		
21	¿Sientes que necesitas gritarle a su hijo? (Need to shout/yell)	Nunca	A veces		Mucho	5 Relationships	
22	¿Encuentra que necesita golpear o azotar/nalguear a su hijo? (Need to hit/spank)	Nunca	A veces		Mucho		
23	¿Los padres de su hijo están separados, divorciados o no viven juntos? (Parents separated, divorced, not living together)	No	Padres Fallecidos	Inseguro/a	Si		
24	¿Su familia se cuida el uno al otro, se siente cercana y se apoya? (Family close and support each other)	Mucho	A veces		Nunca		
25	¿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? (Parent or household member arrested, deported, incarcerated)	No	Inseguro/a		Si		
26	¿Sabe o le preocupa que alguien haya tocado a su hijo o lo haya obligado a tocar a esa persona de manera sexual? (Unwanted touch or sex)	No	Inseguro/a		Si		
27	¿Su hijo está inquieto o irritable? (Fussy or irritable)	Nunca	A veces		Mucho		
28	¿ Alguna vez un padre o un miembro de la familia de su hijo estuvo deprimido, mentalmente enfermo, O fue suicida? (Parent or household member ever depressed, mentally ill, or suicidal?)	No	Inseguro/a		Mucho	4 Mental Health	
29	¿Y usted? - En las últimas 2 semanas , ¿con qué frecuencia le ha molestado a usted alguno de los siguientes problemas? (About person completing form- over past 2 weeks PHQ-2 and GAD-2) 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		A: B:
30	¿Pasa su hijo tiempo con alguien que fuma, vaporiza O usa cigarrillos electrónicos? (Tobacco smoke exposure)	No	Inseguro/a		Si		3 Substances
31	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado usted 4 o más bebidas que contienen alcohol en un día ? (Person completing form- 4 or more drinks in one day)	0	1		2+		
32	¿ Alguna vez un padre o miembro de la familia de su hijo tuvo un problema con las drogas O el alcohol? (Parent or household member ever had drug or alcohol problem)	No	Inseguro/a		Si	2 Safety	
33	¿Tiene su casa un detector de humo que funcione y un detector de monóxido de carbono? (Home smoke/CO detector)	Si	Inseguro/a		No		
34	¿Su hogar tiene artículos de limpieza, medicamentos y fósforos/cerillos guardados? (Poisons/dangers locked away)	Si	Inseguro/a		No		
35	¿ Siempre te quedas con tu hijo cuando está en la bañera? (Stay when child in bathtub)	Si	Inseguro/a		No		

Whole Child Assessment- Version 3 for 2 – 3 Years

36	¿ Siempre coloca a su hijo/a en un asiento de seguridad en el asiento trasero del automóvil? <i>(car seat in the back seat)</i>	Si	Inseguro/a	No	2 Safety	
37	¿Su hijo siempre usa un casco cuando está en bicicleta, scooter, patineta o patines? <i>(Always wears helmet riding)</i>	Si	No monta	No		
38	¿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		
39	¿Pasa su hijo tiempo en una casa donde se guarda una pistola? <i>(Gun in home)</i>	No	Inseguro/a	Si		
40	¿ 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		
41	¿ 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		
42	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
43	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

<i>Clinic Use Only:</i> circle each question with a positive response, sum number of circled questions											
Child-ACE Exposures:	21	23	24	25	26	28	32	40	41	42	Σ =
Child-ACE Risks:	1	20	22	29A	29B	31					Σ =
Child-ACE Total											Σ =
PCP's Signature				Print Name				Date			