

Whole Child Assessment- Version 2 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 desarrollo 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		
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? Marque con un círculo todo lo que corresponda. (<i>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 2
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	

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	Σ =
Child-ACE Risks:	1	15	21A	21B	23				Σ =
								Child-ACE Total	Σ =
PCP's Signature	Print Name						Date		