

## 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"> <li>• ¿Se lo ha visto en otra clínica? <i>(Seen in another clinic)</i></li> <li>• ¿Ha desarrollado una nueva enfermedad? <i>(New illness)</i></li> <li>• ¿Se lo ha visto en la sala de emergencias? <i>(ER visit)</i></li> <li>• ¿Ha sido hospitalizado? <i>(Hospitalized)</i></li> <li>• ¿Se realizó una operación? <i>(Operation)</i></li> </ul>	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? <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	¿ <b>Siempre</b> 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	¿ <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	
21	¿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	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	
22	¿Pasa su <b>hijo</b> tiempo con alguien que fuma, vaporiza <b>O</b> usa cigarrillos electrónicos? ( <i>Tobacco smoke exposure</i> )	No	Inseguro/a		Si	3 Substances
23	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+	
24	¿ <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	
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	¿ <b>Siempre</b> te quedas con tu hijo cuando está en la bañera? ( <i>Stay when child in bathtub</i> )	Si	Inseguro/a		No	
28	¿ <b>Siempre</b> 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	¿ <b>Alguna vez</b> su hijo ha visto o escuchado a adultos en la casa empujando, golpeando, pateando <b>O</b> amenazándose físicamente? ( <i>Seen or heard adults threatening each other</i> )	No	Inseguro/a		Si	
31	¿ <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	
32	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	

*Si tiene inquietudes, comentarios o preguntas adicionales, describa aquí*

<b>Clinic Use Only: circle each question with a positive response, sum number of circled questions</b>									
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		