

Revisión periódica de su hijo a los 7 años – Qué esperar, qué preguntar

Su nombre: _____ Su parentesco con el niño: _____

¿Hay alguna inquietud concreta de la que quiera hablar hoy? No Sí _____

¿Se ha producido algún cambio importante en su familia últimamente? Ninguno Traslado Cambio de trabajo Separación
 Divorcio Fallecimiento de un familiar Nueva mascota Otro Describir: _____

¿Con quién vive el niño? Ambos padres Madre Padre Padrastro o madrastra Abuelo(s) Otro _____
 Número total de adultos que viven en casa: _____ Número total de niños que viven en casa: _____

¿Quién cuida de su hijo casi todos los días de la semana?
 Madre Padre Otro familiar (p. ej. abuela) Guardería Otro Describir: _____

En general, ¿cómo cree que lleva las exigencias diarias de la paternidad?
 Nada bien No muy bien Bastante bien Bien Muy bien

Información general de salud. Desde su última visita	Sí	No	No estoy seguro/a
¿Ha tenido usted o su hijo alguna enfermedad importante y/o alguna hospitalización?			
¿Ha desarrollado usted, alguien de su familia o algún familiar de su hijo nuevos problemas médicos?			
¿Su hijo tiene alergias? En caso afirmativo, describir: _____			
¿Su hijo toma medicina con regularidad? En caso afirmativo, indicar aquí: _____			
¿Tiene a alguien de confianza con quien pueda acudir en busca de apoyo emocional?			
¿Están tanto usted como su hijo al día en el calendario de vacunaciones (incluyendo las vacunas contra la gripe y la pulmonía)?			
¿Fuma usted o cualquiera de los adultos cercanos a su hijo (incluso dentro o fuera de la casa)?			

¿Le gustaría obtener más información sobre cualquiera de los temas que aparecen a continuación?

Prevención de lesiones	Promoción de la salud	Comportamiento	Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> • Cinturón de seguridad/seguridad en el automóvil • Bicicletas/cuadriciclo • Atletismo • Seguridad en el agua • Detectores de humo • Seguridad de las armas de fuego 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar el tiempo de ver la televisión • Tabaquismo pasivo • Ejercicio regular • Patrones de sueño • Cambios puberales/sexualidad • Atención dental/sellantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso en el consumo de sustancias • Consumo de tabaco • Seguridad • Pautas de disciplina • Interacción social • Responsabilidad • Educación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta/tentempiés saludables • Comida chatarra • Alimentos ricos en hierro • Peso saludable

¿Tiene alguna inquietud concreta sobre el aprendizaje, desarrollo o comportamiento de su hijo? Muchas Unas pocas Ninguna
 Describir: _____

¿Tiene alguna inquietud sobre la capacidad visual de su hijo (qué tan bien ve su hijo)? Sí No

¿Tiene alguna inquietud sobre la capacidad auditiva de su hijo? Sí No

Marque cada una de las tareas que su hijo es capaz de hacer ahora mismo.

Ayudar en la cocina Decir la hora al cuarto de hora más cercano Sumar y restar números de 2 dígitos Más curiosidad

Qué esperar en el examen de Texas Health Steps de su hijo:

Peso y altura Presión arterial Examen físico sin ropa Historial médico
 Remisiones dentales Vacunaciones (posiblemente poliomielitis, triple vírica, varicela, hepatitis A y/o B, antineumocócica, antimeningocócica y gripe)

Esto no es una herramienta de autodiagnóstico ni un plan de tratamiento. Consulte a su médico y comparta este formulario en su próxima visita.