

Cuestionario sobre riesgos de salud



PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Provider notes: Height (inches): _____ Weight (pounds): _____ BMI: _____ BMI percentile: _____

ACTIVIDAD

Provider notes:

En promedio, ¿cuántos días por semana logra su niño al menos 60 minutos de actividad física o juego de moderado a vigoroso (el corazón late más rápido de lo normal, respira más de lo normal)? días por semana: _____

En la mayoría de los días de la semana su niño:

- ¿Camina o va o en bicicleta a la escuela? sí no
- ¿Participa en la clase de educación física en la escuela? sí no
- ¿Participa en actividad física organizada (deportes, danza, artes marciales, etc.) o pasa 30 minutos o más jugando afuera? sí no

En promedio, ¿cuántas horas por día pone a su hijo frente a una pantalla de recreo (videojuegos, televisión, Internet, teléfono, etc.)? horas por día: _____

¿Es la actividad un área en la que desea trabajar con su familia para mejorar? sí no

ALIMENTOS

En promedio, ¿cuántos días por semana come su niño un desayuno saludable? días por semana: _____

En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales come su niño cada día? total de porciones por día: __
(frutas: _____/día;
vegetales: _____/día)

En promedio, ¿cuántas porciones de 12 onzas de bebidas azucaradas (refrescos, bebidas deportivas, leche con chocolate) toma su niño cada día? porciones por día: _____
porciones por semana: _____

En promedio, ¿cuántas porciones de lácteos toma su niño cada día? porciones por día: _____

En promedio, ¿cuántas veces por semana comen ustedes una comida juntos en familia? veces por semana: _____

En promedio, ¿cuántos bocadillos come su niño por día? bocadillos al día: _____

En promedio, ¿cuántas veces por semana come su niño comida rápida? veces por semana: _____

¿Con qué frecuencia come su niño mientras hace otras cosas como ver la televisión? casi nunca
 algunas veces
 con frecuencia

¿Come su niño alguna vez en secreto? sí no

¿Es la alimentación un área en la que desea trabajar con su familia para mejorar? sí no



Pat Qst 50113

© 2015–2022 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. Patient and Provider Publications
CPM006bS - 11/22 (Spanish translation 11/12 by CommGap)



SUEÑO Y APOYO

En las últimas 2 semanas, ¿cuántas horas duerme su niño en general (incluyendo siestas)? horas por día: _____

¿Se siente su niño **cansado**, fatigado o con sueño a menudo durante el día? sí no

¿Hay **pantallas en el dormitorio de su niño** (teléfono, televisión, computadora, consola de juegos)? sí no

¿Suele **roncar** su niño? sí no

¿Ha **dejado de respirar** su niño durante el sueño? sí no

¿Ha experimentado su niño intimidación por parte de otros (“bullying”)? sí no

¿Tiene su niño un mejor amigo? sí no

¿Con quién (padre) habla con más frecuencia o a quién acude en busca de ayuda cuando no se siente bien o está en dificultades? (marque lo que corresponda)

- Por lo general no hablo con nadie
- Hablo con un amigo, pastor, líder de la Iglesia, cónyuge o pareja
- Mi apoyo se ha agotado o acabado

¿Es el sueño o el apoyo un área en la que desee trabajar con su familia para mejorar? sí no

PESO

Cree usted que su niño está:

- bajo de peso bien de peso con sobrepeso

¿Ha hecho su niño algo para tratar de cambiar su peso anteriormente? sí no
Si es así, responda las siguientes preguntas:

- ¿Qué métodos se utilizaron? _____
- ¿Fueron exitosos? sí no ¿Por qué o por qué no?
- ¿Ha tomado su niño medicamentos o suplementos para bajar de peso? sí no
 - En caso afirmativo, ¿qué tomó su niño?: _____
 - ¿Durante cuánto tiempo lo tomó su niño? _____
 - ¿Está su niño actualmente tomando el medicamento o suplemento? sí no
 - Indique cualquier cambio de peso _____
 - Haga una lista de efectos secundarios que tuvo (mareos, malestar de estómago, etc.) _____

¿Hay alguien más en la familia de su niño actualmente con sobrepeso? sí no

¿Es el peso un área en la que desea trabajar con su familia para mejorar? sí no

OTROS FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Tiene **su niño** alguna de las siguientes condiciones de salud?

- cardiopatía colesterol alto apnea obstructiva del sueño
 hipertensión arterial diabetes tipo 2 depresión

¿Tiene alguno de los **miembros de la familia inmediata** de su niño cualquiera de las condiciones siguientes y si es así, quién?

- cardiopatía – ¿quién?: _____ obesidad – ¿quién?: _____
 diabetes – ¿quién?: _____ depresión – ¿quién?: _____

Haga una lista de todos los medicamentos o suplementos que toma su niño: _____

¿Qué otras preocupaciones tiene usted acerca de la salud o de los hábitos de salud de su niño?

Provider notes: