

**Mundelein Pediatrics**

**Examen de 7-11 Años**

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Favor de circular la respuesta que describa mas apropiadamente a su hijo (a):***

1. Duerme durante la noche? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_  
( ) horas por la noche
2. Buen habito de comer? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
3. Orina bien? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
4. Tiene el movimiento intestinal normal? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
5. Toma alguna vitamina? Si/No Nombre del producto: \_\_\_\_\_
6. Ha visitado el salon de emergencias? Si/No \_\_\_\_\_
7. Se ha enfermado desde la ultima visita? Si/No \_\_\_\_\_
8. Grado en la escuela: \_\_\_\_\_ Preocupación con el rendimiento escolar? Si/No
9. Actividades Extraescolares? Si/No \_\_\_\_\_
10. Desarrolladamente: Se lleva bien con sus compañeros, el mano escrito es mas o menos bien, buena coordinación de vista y manos, buen condición fisica.

-----  
***Favor de circular las respuesta que mas describa el ambiente de su hogar:***

1. Hogar y coche sin fumar? Si/No
  2. Padres fuman afuera? Si/No Mamá/Papá/Hermanos/Familiar/Niñera
  3. Armas de fuego en el hogar? Si/No Si hay, toma medidas de seguridad? Si/No
  4. Tiempo de Television/video juego Si/No Horas por dia: \_\_\_\_\_
  5. Se sienta en la parte trasera del vehiculo? Si/No
  6. Usa casco cuando se sube a la bicicleta , patines o patineta Si/No
  7. Supervision despues de la escuela? Ninguna/Familiar/Guarderia/Niñera
  8. Provedor de cuidado primario Mamá/Pápa/ Abuelos
  9. Composición del hogar:  
Adultos(Nombres/Edad): \_\_\_\_\_  
Niños(Nombres/Edad): \_\_\_\_\_
  10. Alguna enfermedad nueva en los padres o hermanos? Si/No \_\_\_\_\_
  11. Visita al dentista? Si/No
  12. Alguna reacción a las vacunas anteriores Si/No
  13. Rivalidad entre hermanos: Si/No
- Tiene alguna preocupación que decee preguntar?* Si/No
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_