

# CASTILLO VALLE PARA NIÑOS CLÍNICA

## Visita de mantenimiento de la salud

6 años a 11 años

Paciente Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

PADRE: POR FAVOR LLENAR AFUERA ESTE LADO ABAJO PARA LA DOBLE UNE (por favor marque y cheque adecuado respuestas

### NUTRICIÓN (Subjetivo)

1. Padre: Cómo muchas porciones de cada de la 4 alimento grupos hace su niño come cada ¿día?

Por favor escribe número de porciones en espacio previsto después revisión ejemplos de servicio Talla por este edad grupo.

#### LECHE

1 taza de leche, yogur

1 1/2 oz de queso

1 ¾ taza de helado

2 tazas de requesón

1 taza de budín

\_\_\_\_\_ # de raciones/día

#### CARNE

2 oz de carne magra

cocida, pescado, aves

2 huevos o 1 oz de

frijoles secos, guisantes

2 rebanadas (2 onzas)

de queso cheddar

½ taza de requesón

\_\_\_\_\_ # de raciones/día

#### FRUTAS / VERDURAS

4 cucharadas de

mantequilla de maní

1/2 taza de fruta o

verdura cocida

1 taza de fruta o

verdura cruda

\_\_\_\_\_ # de raciones/día

#### GRANOS

1 taza de cereal listo

para comer

1/2 taza de cereal

caliente

1 rebanada de pan

\_\_\_\_\_ # de raciones/día

2. Haga una lista de los bocadillos.

3. ¿Tiene su hijo algún problema para comer?

sí No

### ELIMINACIÓN

4. ¿Tiene su hijo problemas para orinar, diarrea, estreñimiento, orinarse o ensuciarse los pantalones?

sí No

### COMPORTAMIENTO

5. ¿Su hijo se cepilla los dientes con regularidad?

sí No

6. ¿Ha aprendido su hijo a usar hilo dental?

sí No

7. Su hijo duerme desde las \_\_\_\_\_ de la tarde hasta las \_\_\_\_\_ de la mañana.

8. ¿Algún problema para dormir?

sí No

### COMPORTAMIENTO/DESARROLLO

9. ¿Ha aprendido bien su hijo a andar en bicicleta?

sí No

10. ¿Disfruta su hijo de los juegos con otros niños de su edad?

sí No

11. ¿Expresa su hijo su dolor o enojo?

sí No

12. ¿Muestra curiosidad su hijo?

sí No

13. ¿A su hijo le gusta estar solo?

sí No

14. ¿Habla su hijo con usted?

sí No

15. ¿Su hijo suele aceptar explicaciones razonables?

sí No

16. ¿Le va bien a su hijo en la escuela?

sí No

17. Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

18. ¿Hay algún adulto en casa cuando su hijo llega de la escuela?

sí No

19. ¿Hay algo de su hijo que le preocupe o le moleste?

sí No

Entonces qué. \_\_\_\_\_

20. ¿Siente que su hijo se está desarrollando normalmente?

sí No

### ENFERMEDAD

21. Si su hijo está tomando algún medicamento, nómbrelos: \_\_\_\_\_

22. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave o accidente desde la última revisión?

sí No

**REVISIÓN DE SISTEMAS (Marque si su hijo ha tenido alguno de los siguientes desde la última visita).**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza                            | <input type="checkbox"/> Estreptococos /dolor de garganta       | <input type="checkbox"/> No puedo seguir el ritmo de mis amigos cuando juego | <input type="checkbox"/> Cambio reciente en Familia/Hogar        |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza/pérdida del conocimiento | <input type="checkbox"/> Problemas en los dientes               | <input type="checkbox"/> Dolores de estómago                                 | <input type="checkbox"/> Anemia                                  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o convulsiones                  | <input type="checkbox"/> Sangrado /dolor de encías              | <input type="checkbox"/> Resfriados o tos frecuentes                         | <input type="checkbox"/> Pierde el equilibrio                    |
| <input type="checkbox"/> Infecciones o dolores de oído                | <input type="checkbox"/> Problemas del habla                    | <input type="checkbox"/> Huesos rotos o esguinces                            | <input type="checkbox"/> Alergias                                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de audición                        | <input type="checkbox"/> Sibilancias o dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Articulaciones hinchadas o dolorosas/cojera         | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel u otros problemas |
| <input type="checkbox"/> Visión cruzada /problemas de visión          | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas                   | <input type="checkbox"/> Accidentes /lesiones                                | <input type="checkbox"/> Depresión                               |
| <input type="checkbox"/> Sangrado nasal persistente                   |   |  | <input type="checkbox"/> Aumento /pérdida de peso reciente       |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> Congestión nasal frecuente              |

**ENTREVISTA INFANTIL**

23. ¿Quién es tu mejor amigo? \_\_\_\_\_

24. ¿Qué es lo que más te gusta de la escuela? \_\_\_\_\_ ¿Ultimo?

**OBJETIVO** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

**PLAN** \_\_\_\_\_

**Firma del médico** \_\_\_\_\_