Section 7 APPENDIX – II

Risk Assessments

CRAFFT Adolescent Substance Abuse Assessment - English and Spanish (pp. 2-3)
Updated 2014

Mental Health Questionnaires - English and Spanish (pp. 4-19)
Updated 2014

Nutrition Questionnaires - Infant, Child, Adolescent (pp. 20-25)
Updated 2014

Preventive Screen Questionnaires: Tb, Lead, Cholesterol and STD/HIV - English and Spanish (pp. 26-29)
Updated 2016

SEEK Parent Questionnaire (Abuse Assessment)- English and Spanish (pp. 30-32)
Updated 2014

Victimization Scale - English and Spanish (pp. 33-36)
Updated 2015

The CRAFFT Screening Questions

Please answer all questions honestly; your answers will be kept confidential.

Part A

During the PAST 12 MONTHS, did you:	No	Yes
1. Drink any alcohol (more than a few sips)?	☐	☐
2. Smoke any marijuana or hashish?	☐	☐
3. Use anything else to get high?	☐	☐
"anything else" includes illegal drugs, over the counter and prescription drugs, and things that you sniff or "huff"		

If you answered NO to ALL (A1, A2, A3) answer **only B1** below, then STOP.

If you answered YES to ANY (A1 to A3), answer **B1 to B6** below.

Part B

	No	Yes
1. Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was "high" or had been using alcohol or drugs?	☐	☐
2. Do you ever use alcohol or drugs to RELAX, feel better about yourself, or fit in?	☐	☐
3. Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, or ALONE?	☐	☐
4. Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs?	☐	☐
5. Do your FAMILY or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?	☐	☐
6. Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs?	☐	☐

CONFIDENTIALITY NOTICE:
The information on this page may be protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent. A general authorization for release of medical information is NOT sufficient.

© Children's Hospital Boston, 2009.
Reproduced with permission from the Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.
CRAFFT Reproduction produced with support from the Massachusetts Behavioral Health Partnership.

Las Preguntas CARLOS (CRAFFT)

Por favor responda a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible;
sus respuestas serán tratadas de forma confidencial

Parte A

Durante los últimos doce meses:

	No	Sí
1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?	☐	☐
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?	☐	☐
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia? El término "algún otro tipo" se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.	☐	☐

Si respondió con un NO las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a la pregunta **B1**

Si respondió con un SÍ a CUALQUIERA de las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a las preguntas **B1 a B6**

Parte B (CARLOS)

	No	Sí
1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un **CARRO** o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	☐	☐
2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus **AMIGOS o su familia** que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	☐	☐
3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para **RELAJARSE**, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	☐	☐
4. ¿Se ha metido, alguna vez, en **LÍOS** o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	☐	☐
5. ¿Se le ha **OLVIDADO,** alguna vez, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	☐	☐
6. ¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba **SOLO** o SOLA, sin compañía?	☐	☐

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN
La información incluida en esta página puede estar protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© Children's Hospital Boston, 2009.
Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston.
La reproducción CRAFFT fue posible, gracias al apoyo de la Massachusetts Behavioral Health Partnership.

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Date_____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
Managed Care Organization: _____ Child's Medicaid #: _____

Ages 3 – 5 years

Check all answers that may apply. This form may be filled out by the parent/guardian or health care provider.

Does your child often wet or soil his pants?.....☐ Yes ☐ No

Does your child have problems at day care or school? ..... ☐ Yes ☐ No

Do you have any concerns about your child:
- Daydreaming?..... ☐ Yes ☐ No
- Paying attention?..... ☐ Yes ☐ No
- Sitting still?..... ☐ Yes ☐ No

Does your child:
- Refuse to obey? ..... ☐ Yes ☐ No
- Refuse to play with others?..... ☐ Yes ☐ No

Does your child get tired easily? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child often seem:
- Sad?..... ☐ Yes ☐ No
- Angry?..... ☐ Yes ☐ No
- Nervous or afraid?..... ☐ Yes ☐ No
- Cranky?..... ☐ Yes ☐ No
- Not interested?..... ☐ Yes ☐ No

Does your child have trouble sleeping? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child have problems with eating? ..... ☐ Yes ☐ No

Is your child often mean to animals or smaller children? ..... ☐ Yes ☐ No

Is there a history of injuries, accidents? ..... ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Continued on Back →

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Date_____

Page Two

Is there any history of maltreatment or abuse? ..... ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Is there a recent stress on the family or child such as:

Birth of a child? ..... ☐ Yes ☐ No
Moving? ..... ☐ Yes ☐ No
Divorce or separation? ..... ☐ Yes ☐ No
Death of a close relative? ..... ☐ Yes ☐ No
Fired or laid off? ..... ☐ Yes ☐ No
Legal problems? ..... ☐ Yes ☐ No
Others (Please specify): _____

Do you have other parenting concerns? ..... ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____

Provider: Give details of all **Positive** findings.

_____ _____
Provider's Signature Date
Provider's Phone: (__ __ __) /__ __ __ /__ __ __ __

THIS FORM MAY BE USED FOR MENTAL HEALTH REFERRALS

Child Receiving Referral: _____
Child's Address: _____
Child's Phone: _____
Referred to: **MD Public Mental Health System: 1-800-888-1965**
Reason for Referral: _____
_____

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Date_____

Child's Name: _____Date of Birth: _____

Managed Care Organization: _____ Child's Medicaid #: _____

Ages 6 – 9 years

Check all answers that may apply. This form may be filled out by the parent/guardian or health care provider.

Does your child often seem:
- Distrustful of others? ..... ☐ Yes ☐ No
- Have trouble paying attention? ..... ☐ Yes ☐ No
- Blame others? ..... ☐ Yes ☐ No

Do you have concerns about your child's:
- Eating? ..... ☐ Yes ☐ No
- Sleep? ..... ☐ Yes ☐ No
- Weight? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child often complain of "not feeling well"? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child have problems getting along with:
- Parent(s)? ..... ☐ Yes ☐ No
- Other family members?..... ☐ Yes ☐ No
- Friends? ..... ☐ Yes ☐ No
- School mates? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child have problems at school with:
- Behavior? ..... ☐ Yes ☐ No
- Grades? ..... ☐ Yes ☐ No
- Not wanting to go to school? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child often seem:
- Sad? ..... ☐ Yes ☐ No
- Angry? ..... ☐ Yes ☐ No
- Nervous or afraid? ..... ☐ Yes ☐ No
- Cranky? ..... ☐ Yes ☐ No
- Not interested? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child often:
- Destroy property? ..... ☐ Yes ☐ No
- Lie? ..... ☐ Yes ☐ No
- Steal? ..... ☐ Yes ☐ No
- Hurt animals or smaller children? ..... ☐ Yes ☐ No

Continued on back →

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Date_____

Page Two

Is there a history of injuries, accidents? …….. ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Is there any history of maltreatment or abuse? …… ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Is there a recent stress on the family or child such as:

- Birth of a child?…… ☐ Yes ☐ No
- Moving?…… ☐ Yes ☐ No
- Divorce or separation? …… ☐ Yes ☐ No
- Death of a close relative?…….. ☐ Yes ☐ No
- Fired or laid off?…… ☐ Yes ☐ No
- Legal problems?…… ☐ Yes ☐ No
- Others (Please specify): _____

Do you have other parenting concerns?…… ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____

Provider: Give details of all **Positive** findings.

_____ _____
Provider's Signature Date

Provider's Phone: (__ __ __) /__ __ __ /__ __ __ __

THIS FORM MAY BE USED FOR MENTAL HEALTH REFERRALS

Child Receiving Referral: _____

Child's Address: _____

Child's Phone: _____

Referred to: **Maryland Public Mental Health System: 1-800-888-1965**

Reason for Referral: _____

_____

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Date_____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
Managed Care Organization: _____ Child's Medicaid #: _____

Ages 10 – 12 years

Check all answers that may apply. This form may be filled out by the parent/guardian or health care provider.

Does your child have trouble paying attention? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child often seem:
- Distrustful of others? ..... ☐ Yes ☐ No
- To express strange thoughts?..... ☐ Yes ☐ No
- Blame others? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child have problems at school with:
- Behavior?..... ☐ Yes ☐ No
- Grades? ..... ☐ Yes ☐ No
- Skipping classes?..... ☐ Yes ☐ No

Do you have concerns about your child's:
- Eating? ..... ☐ Yes ☐ No
- Sleep? ..... ☐ Yes ☐ No
- Weight? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child often complain of "not feeling well"? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child have trouble making or keeping friends? ..... ☐ Yes ☐ No

Does your child often seem:
- Sad? ..... ☐ Yes ☐ No
- Angry?..... ☐ Yes ☐ No
- Nervous or afraid?..... ☐ Yes ☐ No

Does your child show any of these behaviors?
- Destroy property? ..... ☐ Yes ☐ No
- Set fire? ..... ☐ Yes ☐ No
- Lie? ..... ☐ Yes ☐ No
- Steal? ..... ☐ Yes ☐ No
- Listen to music with violent message? ..... ☐ Yes ☐ No
- Hurt animal or smaller children? ..... ☐ Yes ☐ No
- Use alcohol? ..... ☐ Yes ☐ No
- Use drugs?..... ☐ Yes ☐ No
- Smoke cigarettes? ..... ☐ Yes ☐ No
- Sexually active? ..... ☐ Yes ☐ No

Continued on back →

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Page Two

Is there a history of injuries, accidents? …….. ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Is there any history of maltreatment or abuse? …… ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Is there a recent stress on the family or child such as:

- Birth of a child ……. ☐ Yes ☐ No
- Moving …… ☐ Yes ☐ No
- Divorce or separation …… ☐ Yes ☐ No
- Death of a close relative …….. ☐ Yes ☐ No
- Fired or laid off …… ☐ Yes ☐ No
- Legal problems …… ☐ Yes ☐ No
- Others (Please specify): _____

Do you have other parenting concerns? …… ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____

Provider: Give details of all **Positive** findings.

_____ _____
Provider's Signature Date
Provider's Phone: (__ __ __) /__ __ __ /__ __ __ __

THIS FORM MAY BE USED FOR MENTAL HEALTH REFERRALS

Child Receiving Referral: _____

Child's Address: _____

Child's Phone: _____

Referred to: **Maryland Public Mental Health System: 1-800-888-1965**

Reason for Referral: _____

_____

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Date_____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
Managed Care Organization: _____ Child's Medicaid #: _____

Ages 13 – 20 years

Check all answers that may apply. This form may be filled out by the patient, parent/guardian or health care provider.

Do you have trouble paying attention? ..... ☐ Yes ☐ No

Do you often:
- Feel distrustful of others? ..... ☐ Yes ☐ No
- Have strange thoughts? ..... ☐ Yes ☐ No
- Hear voices? ..... ☐ Yes ☐ No
- Have to do things the same way or keep repeating them? ..... ☐ Yes ☐ No

Do you have problems at school with:
- Behavior? ..... ☐ Yes ☐ No
- Grades? ..... ☐ Yes ☐ No
- Skipping classes? ..... ☐ Yes ☐ No

Do you worry about your:
- Eating? ..... ☐ Yes ☐ No
- Sleep? ..... ☐ Yes ☐ No
- Weight? ..... ☐ Yes ☐ No

Do you have trouble making or keeping friends? ..... ☐ Yes ☐ No

Do you often feel:
- Sad? ..... ☐ Yes ☐ No
- Angry? ..... ☐ Yes ☐ No
- Nervous or afraid? ..... ☐ Yes ☐ No

Have you thought about or done any of the following:
- Destroy property? ..... ☐ Yes ☐ No
- Hurt animals? ..... ☐ Yes ☐ No
- Set fire? ..... ☐ Yes ☐ No
- Listen to music with violent message? ..... ☐ Yes ☐ No
- Use alcohol? ..... ☐ Yes ☐ No
- Use drugs? ..... ☐ Yes ☐ No
- Smoke cigarettes? ..... ☐ Yes ☐ No
- Sex without protection? ..... ☐ Yes ☐ No
- Suicide attempt? ..... ☐ Yes ☐ No

Continued on back ⟶

MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Maryland Healthy Kids Program

Page Two

Is there a history of injuries, accidents? …….. ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Is there any history of maltreatment or abuse? …… ☐ Yes ☐ No
If yes, please specify: _____

Is there a recent stress on the family or child such as :

- Birth of a child? …… ☐ Yes ☐ No
- Moving? …… ☐ Yes ☐ No
- Divorce or separation? …… ☐ Yes ☐ No
- Death of a close relative? …….. ☐ Yes ☐ No
- Fired or laid off? …… ☐ Yes ☐ No
- Legal problems? ……☐ Yes ☐ No
- Others (Please specify): _____

Do you have other parenting concerns? …… ☐ Yes ☐ No
Please specify: _____

Provider: Give details of all **Positive** findings.

_____ _____
Provider's Signature Date
Provider's Phone: (__ __ __) /__ __ __ /__ __ __ __

THIS FORM MAY BE USED FOR MENTAL HEALTH REFERRALS

Child Receiving Referral: _____

Child's Address: _____

Child's Phone: _____

Referred to: **Maryland Public Mental Health System: 1-800-888-1965**

Reason for Referral: _____

_____

MARYLAND HEALTHY KIDS PROGRAM
Maryland Department of Health and Mental Hygiene HealthChoice and Acute Care Administration, Division of Children's Services

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Edades 3 – 5

Marque todas las respuestas que apliquen. Este formulario puede ser completado por el padre / encargado o por el proveedor de cuidados médicos.

¿Su niño moja o ensucia los pantalones con frecuencia? …… ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene problemas en el centro de cuido o en la escuela?…….... ☐ Si ☐ No

¿Le preocupa que su hijo:
- Sueñe despierto?……...…… ☐ Si ☐ No
- No preste atención?…….. ☐ Si ☐ No
- No se mantenga quieto?…….…….. ☐ Si ☐ No

¿Su niño:
- Se niega a obedecer?……..……. ☐ Si ☐ No
- Se niega a jugar con otros?…….……... ☐ Si ☐ No

¿Se cansa fácilmente?…….....…….……..……... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño parece estar:
- Triste?…….…….…… ☐ Si ☐ No
- Con coraje?…….…… ☐ Si ☐ No
- Nervioso o asustado?……..…… ☐ Si ☐ No
- Molesto?…….…….…… ☐ Si ☐ No
- Desinteresado?……..……... ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene dificultad al dormir?..……..……..… ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene problemas para comer?..……... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia, su niño es cruel con los animales o con niños más pequeños?..... ☐ Si ☐ No

¿Existe historial de accidentes o lesiones?....…….……... ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

(Continúa por detrás)

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

¿Existe algún historial de abuso o maltrato?…..…….....…. ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Ha habido algún cambio reciente que haya sido drástico dentro de la familia del niño como:

El nacimiento de otro niño?……..……..……. ☐ Si ☐ No
Mudanza?…….…… ☐ Si ☐ No
Divorcio o separación?……..... ☐ Si ☐ No
Muerte de algún familiar cercano?……..... ☐ Si ☐ No
Renuncia o despido de empleo?……..... ☐ Si ☐ No
Problemas legales?…….……..……..... ☐ Si ☐ No
Otros (por favor especifique)_____

¿Tiene alguna otra preocupación relacionada con la crianza de este niño?..... ☐ Si ☐ No
Por favor especifique_____

Proveedor: Explique dando detalles todas las contestaciones **afirmativas** que haya obtenido.

_____ _____
Firma del Proveedor Fecha

Número de Teléfono del Proveedor (_ _ _) _ _ _ / _ _ _ _

ESTE FORMULARIO PUEDE SER USADO PARA REFERIDOS DE SALUD MENTAL

El niño que recibió el referido: _____

Dirección del niño: _____

Número de teléfono del niño: _____

Referido a: _____

Razón del referido: _____

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Edades 6 – 9

Marque todas las respuestas que apliquen. Este formulario puede ser completado por el padre / encargado o por el proveedor de cuidados médicos.

¿Su niño con frecuencia aparenta:

- Desconfiar de otros?…… ☐ Si ☐ No
- Tener dificultad prestando atención?…… ☐ Si ☐ No
- Culpar a otros?…… ☐ Si ☐ No

¿Usted tiene preocupación por su niño al:

- Comer?…… ☐ Si ☐ No
- Dormir?…… ☐ Si ☐ No
- Pesarlo?…… ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño se queja de no sentirse bien?…… ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene problemas relacionándose con:

- Padres?…… ☐ Si ☐ No
- Otros miembros de la familia?…… ☐ Si ☐ No
- Amigos?…… ☐ Si ☐ No
- Compañeros de la escuela?…… ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene problemas en la escuela con:

- Comportamiento?…… ☐ Si ☐ No
- Calificaciones?…… ☐ Si ☐ No
- No desear ir a la escuela?…… ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño aparentar estar:

- Triste?…… ☐ Si ☐ No
- Con coraje?…… ☐ Si ☐ No
- Nervioso o asustado?…… ☐ Si ☐ No
- Molesto?…… ☐ Si ☐ No
- Desinteresado?…… ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño:

- Destruye la propiedad ajena?…… ☐ Si ☐ No
- Miente?…… ☐ Si ☐ No
- Roba?…… ☐ Si ☐ No
- Lastima niños más pequeños o animales?…… ☐ Si ☐ No

(Continúa por detrás)

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

¿Existe historial de accidentes o lesiones?.....……..... ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Existe algún historial de abuso o maltrato?…...…….....…... ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Ha habido algún cambio reciente que haya sido drástico dentro de la familia del niño como:

- El nacimiento de otro niño?……..... ☐ Si ☐ No
- Mudanza?…….....……..... ☐ Si ☐ No
- Divorcio o separación?…….…..... ☐ Si ☐ No
- Muerte de algún familiar cercano?……..……..... ☐ Si ☐ No
- Renuncia o despido de empleo?….....……..... ☐ Si ☐ No
- Problemas legales?…….…..... ☐ Si ☐ No
- Otros (por favor especifique)_____

¿Tiene alguna otra preocupación relacionada con la crianza de este niño?.....…..... ☐ Si ☐ No
Por favor especifique_____

Proveedor: Explique dando detalles todas las contestaciones **afirmativas** que haya obtenido.

_____ _____
Firma del Proveedor Fecha

Número de Teléfono del Proveedor (_ _ _) _ _ _ / _ _ _ _

ESTE FORMULARIO PUEDE SER USADO PARA REFERIDOS DE SALUD MENTAL

El niño que recibió el referido: _____

Dirección del niño: _____

Número de teléfono del niño: _____

Referido a: _____

Razón del referido: _____

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Edades 10 – 12

Marque todas las respuestas que apliquen. Este formulario puede ser completado por el padre / encargado o por el proveedor de cuidados médicos.

¿Su niño tiene dificultad poniendo atención?..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño parece:
- Desconfiar de otros?..... ☐ Si ☐ No
- Expresar pensamientos extraños?..... ☐ Si ☐ No
- Culpar a otros?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene problemas en la escuela:
- Con comportamiento?..... ☐ Si ☐ No
- Con calificaciones?..... ☐ Si ☐ No
- Cortando clases?..... ☐ Si ☐ No

¿Usted tiene preocupación por su niño al:
- Comer?..... ☐ Si ☐ No
- Dormir?..... ☐ Si ☐ No
- Pesarlo?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño se queja con frecuencia de no sentirse bien?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño tiene dificultad haciendo o manteniendo amigos?..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia su niño aparenta estar:
- Triste?..... ☐ Si ☐ No
- Con coraje?..... ☐ Si ☐ No
- Nervioso o asustado?..... ☐ Si ☐ No

¿Su niño demuestra alguno de estos comportamientos:
- Destruye la propiedad ajena?..... ☐ Si ☐ No
- Comienza incendios?..... ☐ Si ☐ No
- Miente?..... ☐ Si ☐ No
- Roba?..... ☐ Si ☐ No
- Escucha música con mensajes violentos?..... ☐ Si ☐ No
- Lastima niños más pequeños o animales?..... ☐ Si ☐ No
- Usa alcohol?..... ☐ Si ☐ No
- Usa drogas?..... ☐ Si ☐ No
- Fuma cigarrillos?..... ☐ Si ☐ No
- Esta sexualmente activo?..... ☐ Si ☐ No

(Continúa por detrás)

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

¿Existe historial de accidentes o lesiones?.....……..……..... ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Existe algún historial de abuso o maltrato?…...…….....…….. ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Ha habido algún cambio reciente que haya sido drástico dentro de la familia del niño como:

- El nacimiento de otro niño?……..…….……..... ☐ Si ☐ No
- Mudanza?…….....…… ☐ Si ☐ No
- Divorcio o separación?……..... ☐ Si ☐ No
- Muerte de algún familiar cercano?…….……..... ☐ Si ☐ No
- Renuncia o despido de empleo?……..……..... ☐ Si ☐ No
- Problemas legales?……..... ☐ Si ☐ No
- Otros (por favor especifique)_____

¿Tiene alguna otra preocupación relacionada con la crianza de este niño?..... ☐ Si ☐ No
Por favor especifique_____

Proveedor: Explique dando detalles todas las contestaciones **afirmativas** que haya obtenido.

_____ _____
Firma del Proveedor Fecha

Número de Teléfono del Proveedor (_ _ _) _ _ _ / _ _ _ _

ESTE FORMULARIO PUEDE SER USADO PARA REFERIDOS DE SALUD MENTAL

El niño que recibió el referido: _____

Dirección del niño: _____

Número de teléfono del niño: _____

Referido a: _____

Razón del referido: _____

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Edades 13 – 20

Marque todas las respuestas que apliquen. Este formulario puede ser completado por el paciente, padre / encargado o por el proveedor de cuidados médicos.

¿Tienes dificultad poniendo atención?..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia:
- Desconfías de otros?..... ☐ Si ☐ No
- Tienes pensamientos extraños?..... ☐ Si ☐ No
- Escuchas voces?..... ☐ Si ☐ No
- Tienes que hacer las cosas de la misma manera o sigues repitiéndolas?..... ☐ Si ☐ No

¿Tienes problemas en la escuela:
- Con Comportamiento?..... ☐ Si ☐ No
- Con Calificaciones?..... ☐ Si ☐ No
- Cortando clases?..... ☐ Si ☐ No

¿Te preocupas por:
- Comer?..... ☐ Si ☐ No
- Dormir?..... ☐ Si ☐ No
- Tu peso?..... ☐ Si ☐ No

¿Tienes dificultad haciendo o manteniendo amistades? ..... ☐ Si ☐ No

¿Con frecuencia te sientes:
- Triste?..... ☐ Si ☐ No
- Con coraje?..... ☐ Si ☐ No
- Nervioso o asustado?..... ☐ Si ☐ No

¿Has pensado o has hecho alguna de las siguientes cosas:
- Destruir propiedad ajena?..... ☐ Si ☐ No
- Lastimar a animales?..... ☐ Si ☐ No
- Comenzar incendios?..... ☐ Si ☐ No
- Escuchar música con mensajes violentos?..... ☐ Si ☐ No
- Usar alcohol?..... ☐ Si ☐ No
- Usar drogas?..... ☐ Si ☐ No
- Fumar cigarrillos?..... ☐ Si ☐ No
- Sexo sin protección?..... ☐ Si ☐ No
- Atentar suicidio?..... ☐ Si ☐ No

(Continúa por detrás)

CUESTIONARIO PARA BIENESTAR DE SALUD MENTAL

Niños Saludables/Healthy Kids

Fecha_____

Nombre del Niño:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

¿Existe historial de accidentes o lesiones? ……..... ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Existe algún historial de abuso o maltrato? ……..... ☐ Si ☐ No
Si existe, por favor especifique:_____

¿Ha habido algún cambio reciente que haya sido drástico dentro de la familia del niño como:

- El nacimiento de otro niño?……..……..... ☐ Si ☐ No
- Mudanza?……..……....…… ☐ Si ☐ No
- Divorcio o separación? ……..... ☐ Si ☐ No
- Muerte de algún familiar cercano? ……..... ☐ Si ☐ No
- Renuncia o despido de empleo? ……...……..... ☐ Si ☐ No
- Problemas legales? ……..... ☐ Si ☐ No
- Otros (por favor especifique)_____

¿Tiene alguna otra preocupación relacionada con la crianza de este niño?.....…..... ☐ Si ☐ No
Por favor especifique_____

Proveedor: Explique dando detalles todas las contestaciones **afirmativas** que haya obtenido.

_____ _____
Firma del Proveedor Fecha

Número de Teléfono del Proveedor (_ _ _) _ _ _ / _ _ _ _

ESTE FORMULARIO PUEDE SER USADO PARA REFERIDOS DE SALUD MENTAL

El niño que recibió el referido: _____

Dirección del niño: _____

Número de teléfono del niño: _____

Referido a: _____

Razón del referido: _____

NUTRITION QUESTIONNAIRE FOR INFANTS

1. How would you describe feeding time with your baby?
(Check all that apply.)

- ☐ Always pleasant
- ☐ Usually pleasant
- ☐ Sometimes pleasant
- ☐ Never pleasant

2. How do you know when your baby is hungry or has had enough to eat?

3 What type of milk do you feed your baby and how often?
(Check all that apply.)

- ☐ Iron-fortified infant formula
- ☐ Evaporated milk
- ☐ Whole milk
- ☐ Reduced-fat (2%) milk
- ☐ Low-fat (1%) milk
- ☐ Fat-free (skim) milk
- ☐ Goat's milk
- ☐ Soymilk

4. What types of things can your baby do?
(Check all that apply.)

- ☐ Open mouth for breast or bottle
- ☐ Drink liquids
- ☐ Follow objects and sounds with eyes
- ☐ Put hand in mouth
- ☐ Sit with support
- ☐ Bring objects to mouth and bite them
- ☐ Hold bottle without support
- ☐ Drink from a cup that is held

5. Does your baby eat solid foods? If yes, which ones?

NUTRITION QUESTIONNAIRE FOR INFANTS

6. Does your baby drink juice? If yes, how much?

7. Does your baby take a bottle to bed at night or carry a bottle around during the day?

8. Do you add honey to your baby's bottle or dip your baby's pacifier in honey?

9. What is the source of the water your baby drinks? Sources include public, well, commercially bottled, and home system-processed water.

10. Do you have a working stove, oven, and refrigerator where you live?

11. Were there any days last month when your family didn't have enough food to eat or enough money to buy food?

12. What concerns or questions do you have about feeding your baby or how your baby is growing? Do you have any concerns or questions about your baby's weight?

NUTRITION QUESTINONNAIRE FOR CHILDREN AGES 1 TO 10

1. How would you describe your child's appetite?
- ☐ Fair
- ☐ Good
- ☐ Poor

2. How many days per week does your family eat meals together?

3. How would you describe mealtimes with your child?
- ☐ Always pleasant
- ☐ Usually pleasant
- ☐ Sometimes pleasant
- ☐ Never pleasant

4. How many meals does your child eat per day? How many snacks?

5. Which of these foods did your child eat or drink last week? (*Check all that apply*)

Grains:
- ☐ Bagels
- ☐ Bread
- ☐ Cereal/grits
- ☐ Crackers
- ☐ Muffins
- ☐ Noodles/pasta/rice
- ☐ Rolls
- ☐ Tortillas
- ☐ Other grains:……..

Vegetables
- ☐ Broccoli
- ☐ Carrots
- ☐ Corn
- ☐ Green beans
- ☐ Green salad
- ☐ Greens (collard, spinach)
- ☐ Peas
- ☐ Potatoes
- ☐ Tomatoes
- ☐ Other vegetables……

Fruits
- ☐ Apples/ juice
- ☐ Bananas
- ☐ Grapefruit/juice
- ☐ Grapes/juice
- ☐ Melon
- ☐ Oranges/juice
- ☐ Peaches
- ☐ Pears
- ☐ Other fruits/ juice:……

Milk and Milk Products
- ☐ Fat-free (skim) milk
- ☐ Low-fat (1%) milk
- ☐ Reduced-fat (2%) milk
- ☐ Whole milk
- ☐ Flavored milk
- ☐ Cheese
- ☐ Ice cream
- ☐ Yogurt
- ☐ Other milk and milk products: ……..

Meal and Meal Alternatives
- ☐ Beef/hamburger
- ☐ Chicken
- ☐ Cold cuts/ deli meals
- ☐ Dried beans (for example, black beans, kidney beans, pinto beans)
- ☐ Eggs
- ☐ Fish
- ☐ Peanut butter/nuts
- ☐ Pork
- ☐ Sausage/bacon
- ☐ Tofu
- ☐ Turkey
- ☐ Other meal and meat alternatives:……

Fats and Sweets
- ☐ Cake/cupcakes
- ☐ Candy
- ☐ Chips
- ☐ French fries
- ☐ Cookies
- ☐ Doughnuts
- ☐ Fruit-flavored drinks
- ☐ Soft drinks
- ☐ Pies
- ☐ Other fats and sweets: ……

NUTRITION QUESTINONNAIRE FOR CHILDREN AGES 1 TO 10

6. If your child is 5 years or younger, does
he or she eat any of these foods?
(*Check all that apply*.)

- ☐ Hot dogs
- ☐ Marshmallows
- ☐ Nuts and seeds
- ☐ Peanut butter
- ☐ Popcorn
- ☐ Pretzels and chips
- ☐ Raisins
- ☐ Raw celery or carrots
- ☐ Hard or chewy candy
- ☐ Whole grapes

7. How much juice does your child drink per day? How much sweetened beverage (for example, fruit punch or soft drinks) does your child drink per day?

8. Does your child take a bottle to bed at night or carry a bottle around during the day?

☐ Yes ☐ No

9. What is the source of the water your child drinks? Sources include public, well, commercially bottled, and home system-processed water?

10. Do you have a working stove, oven, and refrigerator where you live?

☐ Yes ☐ No

11. Were there any days last month when your family didn't have enough food to eat or enough money to buy food?

12. Did you participate in physical activity (for example, walking or riding a bike) in the past week?

☐ Yes ☐ No

If yes, on how many days and for how many minutes or hours per day?.....

13. Does your child spend more than 2 hours per day watching television and DVDs or playing computer games:

☐ Yes ☐ No

If yes, how many hours per day?.....

14. Does your family watch television during meals?

☐ Yes ☐ No

15. What concerns or questions do you have about feeding your child or how your child is growing? Do you have any concerns or questions about your child's weight?

1. Which of these meals or snacks did you eat yesterday?
(*Check all that apply*)
- ☐ Breakfast
- ☐ Lunch
- ☐ Dinner or supper
- ☐ Morning snack
- ☐ Afternoon Snack
- ☐ Evening/late-snack

2. Do you skip breakfast 3 or more times a week?
☐ Yes ☐ No
Do you skip lunch 3 or more times a week?
☐ Yes ☐ No
Do you skip dinner or supper 3 or more times a week?
☐ Yes ☐ No

3. Do you eat dinner or supper with your family 4 or more times a week?
☐ Yes ☐ No

4. Do you fix or buy the food for any of your family's meals?
☐ Yes ☐ No

5. Do you eat or take out a meal from a fast food restaurant 2 or more times a week?
☐ Yes ☐ No

6. Are you on special diet for medical reasons?
☐ Yes ☐ No

7. Are you a vegetarian?
☐ Yes ☐ No

8. Do you have any problems with your appetite, like not feeling hungry, or feeling hungry all the time?
☐ Yes ☐ No

9. Which of the following did you drink last week?*(Check all that apply)*
- ☐ Tap or bottled water
- ☐ Fitness water
- ☐ Juice
- ☐ Regular soft drinks
- ☐ Diet soft drinks
- ☐ Fruit-flavored drinks
- ☐ Sport drinks
- ☐ Energy drinks
- ☐ Recovery drinks
- ☐ Fat-free (skim) milk
- ☐ Low-fat (1%) milk
- ☐ Reduced-fat (2%) milk
- ☐ Whole milk
- ☐ Flavored milk (for example, chocolate, strawberry)
- ☐ Coffee or tea
- ☐ Beer, wine, or hard liquor

10. Which of these foods did you eat last week?
(*Check all that apply*)

Grains:
- ☐ Bagels
- ☐ Bread
- ☐ Cereal/grits
- ☐ Crackers
- ☐ Muffins
- ☐ Noodles/pasta/rice
- ☐ Rolls
- ☐ Tortillas
- ☐ Other grains:……..

Vegetables
- ☐ Broccoli
- ☐ Carrots
- ☐ Corn
- ☐ Green beans
- ☐ Green salad
- ☐ Greens (collard, spinach)
- ☐ Peas
- ☐ Potatoes
- ☐ Tomatoes
- ☐ Other vegetables……

Fruits
- ☐ Apples/ juice
- ☐ Bananas
- ☐ Grapefruit/juice
- ☐ Grapes/juice

- ☐ Melon
- ☐ Oranges/juice
- ☐ Peaches
- ☐ Pears
- ☐ Other fruits/juice:……

Milk and Milk Products

- ☐ Fat-free (skim) milk
- ☐ Low-fat (1%) milk
- ☐ Reduced-fat (2%) milk
- ☐ Whole milk
- ☐ Flavored milk
- ☐ Cheese
- ☐ Ice cream
- ☐ Yogurt
- ☐ Other milk and milk products: ……

Meal and Meal Alternatives

- ☐ Beef/hamburger
- ☐ Chicken
- ☐ Cold cuts/deli meals
- ☐ Dried beans (for example, black beans, kidney beans, pinto beans)
- ☐ Eggs
- ☐ Fish
- ☐ Peanut butter/nuts
- ☐ Pork
- ☐ Sausage/bacon
- ☐ Tofu
- ☐ Turkey
- ☐ Other meal and meat alternatives:……

Fats and Sweets

- ☐ Cake/cupcakes
- ☐ Candy
- ☐ Chips
- ☐ French fries
- ☐ Cookies
- ☐ Doughnuts
- ☐ Fruit-flavored drinks
- ☐ Pies
- ☐ Soft drinks
- ☐ Other fats and sweets: ……..

11. Do you have a working stove, oven, and refrigerator where you live?
☐ Yes ☐ No

12. Were there any days last month when your family didn't have enough food to eat or enough money to buy food?
☐ Yes ☐ No

13. Are you concerned about your weight?
☐ Yes ☐ No

14. Are you on a diet now to lose weight or to maintain your weight?
☐ Yes ☐ No

15. In the past year, have you tried to lose weight or control your weight by vomiting, taking diet pill or laxatives, or not eating?
☐ Yes ☐ No

16. Did you participate in physical activity (for example, walking or riding a bike) in the past week?
☐ Yes ☐ No
If yes, on how many days and for how many minutes or hours per day?.....

17. Did you spend more than 2 hours per day watching television and DVDs or playing computer games?
☐ Yes ☐ No
If yes, how many hours per day?.....

18. Does the family watch television during meals?
☐ Yes ☐ No

19. Do you take vitamin, mineral, herbal, or other dietary supplements (for example, protein powders)?
☐ Yes ☐ No

20. Do you smoke cigarettes or chew tobacco?
☐ Yes ☐ No

21. Do you ever use any of the following?
(Check all that apply)

- ☐ Alcohol, beer, or wine
- ☐ Steroids (without a doctor's permission)
- ☐ Street drugs (marihuana, speed, crack, or heroin)

MARYLAND HEALTHY KIDS PROGRAM

Preventive Screen Questionnaire

Lead Risk Assessment: *(every well child visit from 6 months up to 6 years)*	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____
1. Has your child ever lived or stayed in a house or apartment that is built before 1978 (includes day care center, preschool home, home of babysitter or relative)?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
2. Is anyone in the home being treated or followed for lead poisoning?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
3. Are there any current renovations or peeling paint in a home that your child regularly visits?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
4. Does your child lick, eat, or chew things that are not food (paint chips, dirt, railings, poles, furniture, old toys, etc.)?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
5. Is there any family member who is currently working in an occupation or hobby where lead exposure could occur (auto mechanic, ceramics, commercial painter, etc.)?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

Tuberculosis Risk Assessment: *(Starting at 1 month of age and annually thereafter)*	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____
1. Has your child been exposed to anyone with a case of TB **or** a positive tuberculin skin test?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
2. Was your child, or a household member, born in a high-risk country (countries other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or Western and North European countries)?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
3. Has your child travelled (had a contact with resident populations) to a high-risk country for more than 1 week?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
4. Does your child have daily contact with adults at high risk for TB (e.g., those who are HIV infected, homeless, incarcerated, and/or illicit drug users)?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
5. Does your child have HIV infection?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

Anemia Screening (Starting at 11 years of age and annually thereafter)	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____
1. Does your diet include iron-rich foods such as meat, eggs, iron-fortified cereals, or beans?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
2. Have you ever been diagnosed with iron deficiency anemia?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
3. (FEMALES ONLY) Do you have excessive menstrual bleeding or other blood loss?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
4. (FEMALES ONLY) Does your period last more than 5 days?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

(A "yes" response or "don't know" to any question indicates a positive risk)

Patient Name:_____**Birth Date:** _____

MARYLAND HEALTHY KIDS PROGRAM

Preventive Screen Questionnaire

Heart Disease/Cholesterol Risk Assessment: *(2 years through 20 years)*	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____
1. Is there a family history of parents/grandparents under 55 years of age with a heart attack, heart surgery, angina or sudden cardiac death?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
2. Has the child's mother or father been diagnosed with high cholesterol (240 mg/dL or higher)?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
3. Is the child/adolescent overweight (BMI > 85th %)?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
4. And is there a personal history of:							
Smoking?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Lack of physical activity?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
High blood pressure?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
High cholesterol?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Diabetes mellitus?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

(Refer to the AAP Clinical Guidelines for Childhood Lipid Screening)

STI/HIV Risk Assessment: *(11 years through 20 years)*	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____	**Date** ____
1. Have you had a blood transfusion or are you a Hemophiliac?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
2. Have you ever been sexually molested or physically attacked?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
3. Have you ever been diagnosed with any sexually transmitted diseases?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
4. Any history of IV drug use by you, your sex partner, or your birth mother during pregnancy?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
5. If sexually active, have you had unprotected sex, with opposite/same sex?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
6. If sexually active, have you had more than one partner?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
7. Any body tattoos or body piercing of ears, navel, etc., including any performed by friends?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

(A "yes" response or "don't know" to any question indicates a positive risk)

Patient Name:_____**Birth Date:** _____

Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)
Cuestionario de Detección Temprana

Evaluación sobre riesgo de Plomo (envenenamiento con Plomo): *(En cada visita desde los 6 meses hasta los 6 años)*	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**
1. ¿Su niño/a ha vivido o se ha quedado en alguna casa o apartamento que se haya construido antes del 1978? (incluyendo el centro de cuido, hogar prescolar, casa de la niñera o algún pariente)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿Hay alguien en su casa que haya sido tratado por envenenamiento con Plomo?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿Ha habido renovaciones recientes o se ha pelado la pintura en alguna casa que su hijo/a visite a menudo?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Su niño/a lame, come o mastica cosas que no sean comida? (pedacitos de pintura, tierra, rejas, barrotes, columnas, muebles, juguetes viejos, etc.)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. ¿Hay algún familiar que esté trabajando en una ocupación o pasatiempo donde sea posible que se haya expuesto al plomo? (mecánico de autos, ceramista, pintor comercial, etc.)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Evaluación sobre riesgo de Tuberculosis: *(Empezando en un año y anualmente a partir de esa fecha)*	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**	**fecha**
1. ¿ Ha sido su hijo/hija expuesto a una persona con un caso de Tuberculosis **o** ha alguien con una prueba cutanea de tuberculina positiva?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿ Fue su hijo/hija nacido, o algun mienbro en su hogar, en un pais de alto-riesgo (paises que no sean los Estados Unidos, Canada, Australia, Nueva Zelanda, o paises de Europa occidentales o del norte)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿ Ha viajado su hijo/hija (tuvo contacto con la poblacion residente) de un pais de alto-riesgo por mas de una semana?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Tiene su niño/a contacto diario con adultos que esten en alto riesgo de tener o contraer tuberculosis (ejemplo: personas con la infección del VIH, vagabundas (homeless), encarceladas, y/o que usen drogas)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. ¿Tiene su niño la infección del VIH (HIV)? (una respuesta afirmativa a cualquier pregunta indica un posible riesgo)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Detección de anemia *(A partir de 11 años de edad y anualmente en lo sucesivo)*							
1. ¿Incluye su dieta alimentos abundantes en hierro como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿Ha sido diagnosticado alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. (sólo mujeres) ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otras pérdidas de sangre?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿ (sólo mujeres) Dura su periodo menstrual más de 5 días?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Nombre del Paciente:_____Fecha de Nacimiento:_____

Programa para Niños Saludables de Maryland (Maryland Healthy Kids Program)
Cuestionario de Detección Temprana

Evaluación de Riesgo de Enfermedad del Corazón/ Enfermedad del Colesterol: *(Desde los 2 años hasta los 20 años)*	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____
1. ¿Hay un historial familiar de padres/abuelos menores de 55 años con ataques al corazón, cirugías, angina o muerte repentina a causa de un ataque al corazón?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿El padre o la madre del niño han sido diagnosticados con colesterol alto (240 mg/dL o más alto)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
(Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas dos preguntas indica un riesgo definitivo.)							
3. ¿Está su niño/adolescente sobrepeso?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Hay un historial personal de:							
Fumar?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Falta de actividad física/ejercicios?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Presión Alta?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Colesterol Alto?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
Diabetes?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
(Una respuesta afirmativa en las preguntas 3 y 4 indica riesgo)							

Evaluación de riesgo de ETS/VIH: *(Desde los 11 años hasta los 20)*	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____	**fecha** _____
1. ¿Ha recibido una transfusión de sangre o tiene hemofilia?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
2. ¿Han abusado de usted física o sexualmente?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
3. ¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, verrugas venéreas, clamidia, herpes, virus de papiloma humano (HPV))?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
4. ¿Tiene su pareja sexual, tiene usted o tuvo su madre durante el embarazo algún historial de uso de drogas intravenosas?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
5. Si está sexualmente activo/a ¿Ha tenido sexo sin protección con alguien del sexo opuesto/mismo sexo (circule la respuesta apropiada)?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
6. Si está sexualmente activo/a ¿Ha tenido más de una pareja?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
7. ¿Tiene algún tatuaje o perforaciones en las orejas, ombligo, etc. incluyendo cualquiera hecho por sus amigos?	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N

Nombre del Paciente:_____Fecha de Nacimiento:_____

SEEK™
Safe Environment for Every Kid

Parent Questionnaire (PQ)

Dear Parent or Caregiver: Being a parent is not always easy. We want to help families have a safe environment for kids. So, we're asking everyone these questions. They are about problems that affect many families. If there's a problem, we'll try to help.

Please answer the questions about your child being seen today for a checkup. If there's more than one child, please answer "yes" if it applies to any one of them. This is voluntary. You don't have to answer any question you prefer not to.

Today's Date: ___/___/____ Child's Name: _____

Child's Date of Birth: __/___/____

PLEASE CHECK

□ Yes	□ No	Do you need the phone number for Poison Control?
□ Yes	□ No	Do you need a smoke detector for your home?
□ Yes	□ No	Does anyone smoke tobacco at home?
□ Yes	□ No	In the last year, did you worry that your food would run out before you got money or Food Stamps to buy more?
□ Yes	□ No	In the last year, did the food you bought just not last and you didn't have money to get more?
□ Yes	□ No	Do you often feel your child is difficult to take care of?
□ Yes	□ No	Do you sometimes find you need to hit/spank your child?
□ Yes	□ No	Do you wish you had more help with your child?
□ Yes	□ No	Do you often feel under extreme stress?
□ Yes	□ No	In the past month, have you often felt down, depressed, or hopeless?
□ Yes	□ No	In the past month, have you felt very little interest or pleasure in things you used to enjoy?
□ Yes	□ No	In the past year, have you been afraid of your partner?
□ Yes	□ No	In the past year, have you had a problem with drugs or alcohol?
□ Yes	□ No	In the past year, have you felt the need to cut back on drinking or drug use?
□ Yes	□ No	Are there any other problems you'd like help with today?

Please give this form to the doctor or nurse you're seeing today. Thank you!

©2012, University of Maryland School of Medicine

SEEK™
Safe Environment for Every Kid

Cuestionario para padres

Estimada/o Madre, Padre o Tutor: Ser padre no siempre es fácil. Queremos ayudarla/o a crear un ambiente seguro para los niños. Por eso estamos haciendo preguntas sobre problemas que afectan a muchas familias. Si hay un problema, intentaremos ayudar.

Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca de su hijo/a que hoy nos visita para su consulta médica. Si tiene más de un niño, responda "sí" cuando se aplique a alguno de ellos.

Fecha de hoy ___/___/___ Nombre del niño/a: _____
Fecha de nacimiento del niño/a: ___/___/___

1. ¿Necesita el número telefónico de la Central de Envenenamiento (*Poison Control*)?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
2. ¿Necesita un detector de humo en su hogar?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
3. ¿Alguien fuma tabaco en su hogar?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
4. Durante el año pasado, ¿alguna vez se preocupó porque se le iba a acabar la comida antes de recibir dinero o los bonos de alimentos (*food stamps*)?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
5. Durante el año pasado, ¿alguna vez se le acabó la comida que había comprado y no tuvo dinero para conseguir más?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
6. ¿Siente a menudo que su niño/a es difícil de cuidar?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
7. ¿Siente a veces que es necesario golpear a su niño/a o darle una cachetada?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
8. ¿Desearía tener más ayuda para criar a su niño/a?
   - ◯ Sí
   - ◯ No
9. ¿Siente a menudo que se encuentra bajo un estrés extremo?
   - ◯ Sí
   - ◯ No

© 2012, University of Maryland School of Medicine

10. Durante el mes pasado, ¿se ha sentido a menudo abatido, deprimido o desesperado?
    - ◯ Sí
    - ◯ No
11. Durante el mes pasado, ¿ha sentido que ha perdido el interés o el gusto en cosas que solía disfrutar?
    - ◯ Sí
    - ◯ No
12. Durante el año pasado, ¿ha tenido miedo de su pareja?
    - ◯ Sí
    - ◯ No
13. Durante el año pasado, ¿ha tenido problemas con las drogas o el alcohol?
    - ◯ Sí
    - ◯ No
14. Durante el año pasado, ¿ha sentido que debería disminuir el consumo de alcohol o drogas?
    - ◯ Sí
    - ◯ No
15. ¿Tiene algún otro problema para el que quisiera ayuda hoy?
    - ◯ Sí
    - ◯ No

Por favor entregue este formulario a su médico o enfermera. ¡Gracias!

Victimization Scale
English Version

Think about what happened DURING THE LAST 7 DAYS, when you answer these questions.

	During the last 7 days:	0 times	1 time	2 times	3 times	4 times	5 times	6 or more times
1.	A student teased me to make me angry.	0	1	2	3	4	5	6+
2.	A student beat me up.	0	1	2	3	4	5	6+
3.	A student said things about me to make other students laugh (made fun of me).	0	1	2	3	4	5	6+
4.	Other students encouraged me to fight.	0	1	2	3	4	5	6+
5.	A student pushed or shoved me.	0	1	2	3	4	5	6+
6.	A student asked me to fight.	0	1	2	3	4	5	6+
7.	A student slapped or kicked me.	0	1	2	3	4	5	6+
8.	A student called me (or my family) bad names.	0	1	2	3	4	5	6+
9.	A student threatened to hurt or to hit me.	0	1	2	3	4	5	6+
10.	A student tried to hurt my feelings.	0	1	2	3	4	5	6+

Reproduced with the permisssion of Dr. Pamela Orpinas, University of Georgia - June, 2015

Victimization Scale for Middle School Children-Instructions

DESCRIPTION	The Victimization Scale for middle school children was designed to measure frequency of self-reported victimization during the week prior to the survey. The scale was developed based on the aggression scale for middle school students (Orpinas & Frankowski, 2001). The scale is also described in CDC's widely-utilized compendium of measures of violence-related attitudes and behaviors (CDC, 1998, 2005; http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/measure.htm).
RESPONSE FORMAT	0 = 0 times 1 = 1 time 2 = 2 times 3 = 3 times 4 = 4 times 5 = 5 times 6 = 6+ times
INTENDED RESPONDENTS	Middle school students, grades 6-8, and upper elementary students (grades 3-5).
SCORING AND DIRECTION	The scores are additive, and the scale ranges from 0 to 60 points. High values indicate higher frequency of being the victim of aggressive acts.
RELIABILITY	In a sample of 9115 middle school students from Texas, the internal consistency of the scores, as measured by Cronbach's alpha, was .85 (Boys = .86; girls = .84).
MISSING VALUES	Scale scores were only calculated if at least eight items were nonmissing.

Escala de Victimización para Estudiantes

Items Spanish Version

Contesta las siguientes preguntas pensando en lo que realmente te pasó a ti en los últimos 7 días. Para cada pregunta, marca cuántas veces otro estudiante te hizo algo en los últimos 7 días.

	En los últimos 7 días...	**0 veces**	**1 vez**	**2 veces**	**3 veces**	**4 veces**	**5 veces**	**6 veces o más**
1.	Un estudiante me hizo bromas (me molestó) para que yo me enojara.	0	1	2	3	4	5	6+
2.	Un estudiante me dio una paliza (golpiza).	0	1	2	3	4	5	6+
3.	Un estudiante dijo cosas sobre mí para hacer reír a otros estudiantes.	0	1	2	3	4	5	6+
4.	Otros estudiantes me alentaron (estimularon, aconsejaron) a pelear.	0	1	2	3	4	5	6+
5.	Un estudiante me empujó.	0	1	2	3	4	5	6+
6.	Un estudiante me invitó a pelear.	0	1	2	3	4	5	6+
7.	Un estudiante me dio una bofetada (cachetada, palmada) o patada.	0	1	2	3	4	5	6+
8.	Un estudiante me insultó a mí o a mi familia.	0	1	2	3	4	5	6+
9.	Un estudiante me amenazó con herirme o golpearme	0	1	2	3	4	5	6+
10.	Un estudiante trató de herir mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5	6+

Victimization Scale for Middle School Children-Instructions

DESCRIPTION	The Victimization Scale for middle school children was designed to measure frequency of self-reported victimization during the week prior to the survey. The scale was developed based on the aggression scale for middle school students (Orpinas & Frankowski, 2001). The scale is also described in CDC's widely-utilized compendium of measures of violence-related attitudes and behaviors (CDC, 1998, 2005; http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/measure.htm).
RESPONSE FORMAT	0 = 0 times 1 = 1 time 2 = 2 times 3 = 3 times 4 = 4 times 5 = 5 times 6 = 6+ times
INTENDED RESPONDENTS	Middle school students, grades 6-8, and upper elementary students (grades 3-5).
SCORING AND DIRECTION	The scores are additive, and the scale ranges from 0 to 60 points. High values indicate higher frequency of being the victim of aggressive acts.
RELIABILITY	In a sample of 9115 middle school students from Texas, the internal consistency of the scores, as measured by Cronbach's alpha, was .85 (Boys = .86; girls = .84).
MISSING VALUES	Scale scores were only calculated if at least eight items were nonmissing.