

NCFHP optional questions: PEDIATRIC

1. FHASHES ID #: _____
2. Site: _____
3. Cohort: _____
4. Service location: _____
5. Employer: _____
6. Employer phone: _____
7. Emergency Contact: Name: _____ Phone _____
8. Date moved to address: _____
9. Explain 911
10. Explain clinic services
11. Weight: _____ Height _____ BMI % _____
12. ¿Tiene un historial de enfermedad en su familia como diabetes, hipertension, ataque de corazón u otro? **No/ Sí** (if yes): ¿De que enfermedad?
13. ¿Su niño(a) tiene alguna alergia a medicinas, comida o a ciertos animales? (allergies) **No/ Sí**
14. Para niños de 0 a 7 años: ¿Usted cepilla a los dientes de su niño(a) y le pasa hilo dental todos los días? (parent brushes teeth) **No/ Sí**
15. Para niños de 8 a 11 años: ¿Su niño(a) se cepilla los dientes y se pasa hilo dental todos los días? (brush teeth) **No/ Sí**
16. For children age 6 months-4 years: ¿En los últimos 6 meses, ha recibido su niño(a) un tratamiento de fluoruro dental? (fluoride < 6 months) **No/ Sí** *If yes, document date. DATE : mm / dd / yyyy

NCFHP optional questions: PEDIATRIC

17. Para niños de 6 a 9 años: ¿El dentista ha puesto el sellador dental a los dientes de su hijo? (dental

18. ¿Cómo se protege su niño(a) de los pesticidas? (Can patient name 2 methods of pesticide safety?) **No/ Sí**

19. ¿Su niño(a) come frutas y verduras al diario? (daily fruits and veggies) **No/ Sí**

20. ¿Su niño(a) hace actividades físicas todos los días? (daily exercise) **No/ Sí**

21. ¿Cuánto tiempo pasa su hijo en la tecnología?

You can also add additional health ed topics to the form.