

Durante más de 20 años, Well Child, con sus asociaciones escolares, ha ayudado a los padres a identificar muchos problemas de salud ocultos que necesitan atención médica. Well Child ofrece exámenes de salud anuales, exámenes de la vista anuales y tratamiento de la mayoría de las enfermedades y lesiones menores sin costo para la escuela o el distrito. Los exámenes de Well Child son lo mismo que una visita anual a un proveedor primario u optometrista. Se le informará sobre todos los resultados y se le brindará información sobre cualquier recomendación para que su hijo(a) tenga más evaluaciones de salud si fuese necesario.

### Examen Físico Anual

- Revisión de los oídos y la vista.
- Examen físico completo de la cabeza a los pies (se le alzarán la ropa).
- Revisión de las vacunas.
- Laboratorio (análisis de sangre)-pinchazo en el dedo.
- Una historia completa, la cual incluye pruebas de desarrollo y comportamiento.



### Examen minucioso de la vista anual

- Un Licenciado en Optometría realiza todos los exámenes.
- El Optometrista determinará cualquier problema de la vista y salud ocular.
- Si fuera necesario y con permiso de los padres, las pupilas de su hijo(a) podrían ser dilatadas.
- Se le prescribirán y darán lentes cuando sea necesario.
- Se le ajustarán y entregarán los lentes a su hijo(a) en la escuela.

Well Child le facturará a su compañía de seguros u organización de cuidado administrado por los exámenes y/o el tratamiento. Para cualquier pregunta relacionada con la cobertura o los beneficios, comuníquese con su compañía de seguros.

### Para los exámenes de salud anuales, Well Child puede ser pagado por los siguientes:

#### Planes de seguros de TennCare

- Amerigroup
- Blue Care
- CoverKids
- TennCare Select
- United Health Care Community Plan

#### Planes de seguro comercial

- Aetna
- BlueCross (Solo Network P)
- Cigna
- Humana
- Tricare
- United Health Care
- UMR
- Otros planes de seguro médico

### Para los exámenes anuales de la vista, Well Child puede ser pagado por las siguientes compañías de seguros:

- Blue Care
- CoverKids
- TennCare Select
- United Health Care Community Plan

Comuníquese con nosotros al 1-901-728-5858 si tiene alguna pregunta o desea estar presente para los exámenes. Para obtener información sobre las prácticas de privacidad de Well Child, por favor visite [www.wellchild.com](http://www.wellchild.com).



# Well Child™

## TRATAMIENTO

Con su permiso, Well Child puede tratar muchas enfermedades y condiciones menores identificadas durante el examen físico.

### Enfermedades menores

Well Child puede tratar las siguientes enfermedades menores:

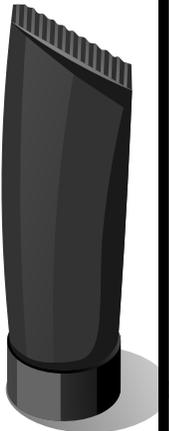
- Vejiga / infección urinaria
- Resfriados
- Estreñimiento
- Tos
- Diarrea
- Infecciones del oído
- Gripe
- Dolores de cabeza
- Acidez
- Náusea
- Conjuntivitis
- Alergias de temporada
- Dolor de garganta
- Orzuelo
- Dolor de muelas



### Condiciones de la piel

Well Child puede tratar las siguientes condiciones en la piel:

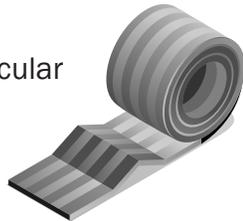
- Acné
- Pie de atleta
- Herpes labial
- Enfermedad de manos, pies y boca
- Impétigo
- Picaduras de insectos
- Piojos
- Hiedra Venenosa / Roble
- Tiña
- Quemadura de sol



### Lesiones leves

Well Child puede tratar las siguientes lesiones menores:

- Bursitis
- Esguinces / contractura muscular
- Dolor muscular / articular



### Bienestar

Well Child puede proporcionar los siguientes servicios para abordar problemas de salud relacionados con el peso:

- Asesoramiento individual y grupal
- Educación y asesoramiento nutricional

### Proyecciones y Monitoreo

Well Child puede usar los siguientes exámenes o pruebas para diagnosticar con precisión los problemas de salud en los estudiantes:

- Prueba de estreptococo
- Análisis de orina básico
- Examen de glucosa
- Hematocrito
- Prueba de mononucleosis



### Medicación

Cuando se necesita una receta, Well Child enviará una receta electrónica a la farmacia de su elección

*\*No se recetarán medicamentos narcóticos.*



### ¿Listo para registrarte?

Complete el formulario de consentimiento adjunto de Well Child, llame al (866) 403-5858 para registrarse por teléfono, o regístrese en línea en [www.wellchild.com](http://www.wellchild.com) (escanee el código QR).



Escanéame



<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b> Apellido(s)	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del 2do nombre</b>
<b>Escuela</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Número de teléfono:</b>		

### CONSENTIMIENTO INFORMATIVO PARA EL PADRE / TUTOR LEGAL

Al completar la información solicitada a continuación y firmar este formulario, autorizo a Well Child de enviar los resultados de los exámenes a casa con mi hijo(a) en un sobre sellado, de mandar información a mi compañía de seguros para procesar los reclamos de pago y recibir el pago de los beneficios médicos por los servicios prestados. Para fines de tratamiento y referidos, autorizo el envío de información médica al Departamento de Salud, al sistema escolar y al médico / proveedor de atención primaria y / u optometrista de mi hijo(a). Doy permiso al distrito escolar para que envíe la cartilla de vacunas de mi hijo(a) para que Well Child lo revise. Este consentimiento es válido para el calendario académico del sistema escolar o un año a partir de la fecha en que este paquete se devuelve a Well Child, a menos que se revoque antes por escrito. De conformidad con la Ley de asistencia de Salud accesible, Medicaid y la mayoría de los planes de salud comerciales cubren un examen de salud preventivo anual sin costo para el paciente. Si mi hijo(a) recibió un examen preventivo en el último año, solicito y autorizo a Well Child a realizar otro después de obtener la verificación de mi consentimiento verbal. Acepto pagarle a Well Child cualquier co-pago o co-seguro por el tratamiento, según lo requiera la aseguradora de salud de mi hijo(a). Si no tiene seguro, acepto pagar a Well Child por los servicios prestados.

Revisé el Aviso de prácticas de privacidad de Well Child disponible en [www.wellchild.com](http://www.wellchild.com) y puedo obtener una copia por escrito llamando a Well Child al 1-866-403-5858 sin cargo o marcando la casilla a continuación. He sido notificado del acceso a las prácticas de privacidad de Well Child.

Deseo recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Well Child por correo.

#### EXAMEN ANUAL



Si desea un examen anual de bienestar infantil para su hijo(a), **FIRME Y ESCRIBA LA FECHA DE HOY** a continuación.

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ **FIRMA AQUI** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### EXAMEN DE LA VISTA ANUAL



Si desea un examen de la vista anual para su hijo(a), **FIRME Y ESCRIBA LA FECHA DE HOY** a continuación.

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ **FIRMA AQUI** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La dilatación de la pupila se hace usando gotas para los ojos para agrandar la pupila y ayudar a los médicos a examinar la salud interna. La dilatación puede incluir cierta sensibilidad a la luz y visión borrosa leve durante aproximadamente 2 a 3 horas.

Para garantizar que la salud ocular de mi hijo(a) sea normal:

- Autorizo la dilatación de la pupila  Programaré la dilatación de los alumnos en una fecha posterior

#### FLUORURO 3, 4 o 5 años solamente



El fluoruro fortalece los dientes de su hijo(a) y disminuye la caries dental. Los niños de 3, 4 y 5 años pueden recibir hasta 2 aplicaciones de barniz de fluoruro por año.

Por favor marque uno a continuación:

- Autorizo el tratamiento de fluoruro  Programaré el tratamiento de fluoruro en una fecha posterior

Si desea que Well Child le de tratamiento a su hijo(a) por enfermedades o lesiones menores identificadas durante el examen anual, **FIRME Y ESCRIBA LA FECHA DE HOY** a continuación.



Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ **FIRMA AQUI** \_\_\_\_\_

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Es muy importante que conteste cada pregunta

Nombre de la escuela del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2 DO NOMBRE	SEXO: FEMENINO MASCULINO	EDAD:
DIRECCIÓN			RACE: <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> OTHER	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANA <input type="checkbox"/> NO-HISPANA	
IDIOMA PRINCIPAL EN CASA:			FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/DD/AAAA)	
DOCTOR O CLÍNICA DEL ESTUDIANTE:			NÚMERO DE TELÉFONO:	
Well Child le cobrará a su seguro médico u organización de seguros por estos exámenes. Círculo el nombre de su proveedor de TennCare: United Health Care Community Plan, Tenn-Care Select, BlueCare, Amerigroup, Otro: _____				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE	TennCare Member ID Number		Benefit Tricare ID Number	
Nombre de seguro privado: _____			# de póliza: _____	
Nombre del primer Beneficiario: _____			Fecha de Nacimiento: _____	
<b>*Los exámenes de la Vision solo aceptan estos seguros: United Health Care (MarchVision), TennCare Select, BlueCare &amp; CoverKids.</b>				

### INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL

NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE:		RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:
NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA: ( )	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: ( )	NÚMERO CELULAR: ( )
Verifique el método de contrato preferido: <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> Texto <input type="radio"/> Email		
Dirección de correo electrónico:		
<input type="radio"/> Al marcar aquí, acepta recibir notificaciones por mensaje de texto.		

Amigo o familiar a quien podamos contactar en caso de emergencia y compartir información médica.		
Nombre:	Relación:	Teléfono: ( )

# HISTORIAL MÉDICO



El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Responda **Sí** con una

1. **Historial de salud de su hijo(a):** ¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes?  **No sé**  **No a todo**

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne/Prob en la piel | <input type="checkbox"/> Bronquitis             | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza    | <input type="checkbox"/> Hernia en el ombligo            | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago     |
| <input type="checkbox"/> ADHD                 | <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón  | <input type="checkbox"/> Desmayo                         | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> Varicella              | <input type="checkbox"/> Alta Presión         | <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos              | <input type="checkbox"/> Exceso de peso        |
| <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Diabetes / Azúcar      | <input type="checkbox"/> Colesterol alto      | <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> Autismo              | <input type="checkbox"/> Infección en los oídos | <input type="checkbox"/> VIH                  | <input type="checkbox"/> Rasgo de células falciformes    |  |
| <input type="checkbox"/> Artritis             | <input type="checkbox"/> Eczema                 | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de célula falciforme |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga  | <input type="checkbox"/> Epilepsia              | <input type="checkbox"/> Paperas              | <input type="checkbox"/> Congestión nasal                |  |

### Evaluación del riesgo de anemia:

Edades 3-5	Exposición al plomo	Edades 6-10	Dieta vegetariana estricta	Edades 11-21	Mujeres después del primer período menstrual
	Crecimiento deficiente		Crecimiento deficiente		Varones durante su crecimiento máximo
	Selectivo en la comida		Selectivo en la comida		

Well Child realiza otras pruebas de laboratorio para la anemia y la glucosa (azúcar) según la edad y el historial de salud del niño(a). Estas pruebas de laboratorio se realizan con **un pinchazo en el dedo** siguiendo las pautas de la Academia Americana de Pediatría.

Si **NO** desea que se le realicen estas pruebas, firme aquí \_\_\_\_\_

2. **Asma:** ¿Qué tan seguido necesita su hijo(a) usar un inhalador por problemas respiratorios?

\_\_\_ Por semana    \_\_\_ Por mes    \_\_\_ Por año    \_\_\_ Nunca

¿Ha estado su hijo(a) en hospitales o salas de urgencias por ataques de asma en los últimos 12 meses?

Sí     No     No sé

### 3. Historial de Desarrollo:

¿Tuvo su hijo(a) retrasos?:

Ninguno     No sé

Aprendizaje     Caminar     Hablar     Desarrollo (habilidades motrices/aprendizaje)     Habla/lenguaje

¿Nació su hijo(a) prematuro?     Sí     No     No sé

### 4. Tratamiento actual:

Desarrollo (habilidades motrices/aprendizaje)     Hablar     Otros: \_\_\_\_\_

5. **Medicamentos actuales:** Mencione medicamentos de venta libre y recetados.     **SIN MEDICAMENTOS**

6. **¿Tiene las vacunas al día?**     Sí     No     No sé

7. **Historial Familiar:** ¿Ha tenido Alguien en su familia alguna de las siguientes?     Ninguno     No sé

Asma     Prob. Cardiacos     Alto colesterol     Célula falciforme     Inj. de bypass/Anglioplastia/CABG  
 Diabetes/ Azúcar     Alta presión     Enfermedad mental     Derrame cerebral     Muerte súbita <65 mujeres  
 Muerte súbita <55 hombres

### 8. Alergias:

No sé     Sin Alergias

Medicinas     Ambiente     Penicilina     Cacahuates/Maní     Mariscos     Picadura de Abeja /  
 Látex     Otros \_\_\_\_\_

## CONTINUACION DEL HISTORIAL MÉDICO

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Responda **Sí** con una

9. ¿Cirugías y hospitalizaciones?  Sí  No  No sé Si la respuesta es Sí, explique y especifique las fechas.

10. **Historial Social/Socioeconómico:** ¿Número de niños en el hogar? \_\_\_\_\_

¿El niño tiene problemas en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien fuma en la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sientes que tu familia tiene suficiente para comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Una alarma de humo que funcione?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo bebe regularmente refrescos o bebidas de frutas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo usa un cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Eres padre soltero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazado para responder		

11. **Ejercicio/Eliminación:**

¿Cuántos días a la semana realiza su hijo(a) ejercicio por más de 30 minutos? \_\_\_\_\_ 0-3 días \_\_\_\_\_ 4 días+

Los desechos intestinales son:  Normales  Diarrea \_\_\_ # días/semana  Duros \_\_\_ # días/semana

12. **Historial de Salud de la Vista de su hijo(a):** ¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes?  No se  No a todo

<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/> Vision borrosa	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión/Ciego
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Ojo reseco	<input type="checkbox"/> Orzuelo o Chalazión	<input type="checkbox"/> Destellos/Cosas flotantes en la vista
<input type="checkbox"/> Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Vista Cansada	<input type="checkbox"/> Dificultad para leer	<input type="checkbox"/> Relumbrar o sensibilidad a la luz
<input type="checkbox"/> Infección en el ojo	<input type="checkbox"/> Picazón de los ojos	<input type="checkbox"/> Bizco/Párpado caído	<input type="checkbox"/> Exceso de agua y lagrimeo
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/> Ambliopía/Estrabismo	<input type="checkbox"/> Siente algo dentro de los ojos
<input type="checkbox"/> Herida en el ojo: ¿Cuándo? _____ ¿Cuál ojo? _____		<input type="checkbox"/> Cirugías en los ojos: ¿Cuando? _____ ¿Cuál ojo? _____	

13. **Historial Familiar (Visión):** ¿Ha tenido alguien en su familia alguna de las siguientes?  No se  No a todo

<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/> Ambliopía/Estrabismo
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Bizco/Párpado caído	<input type="checkbox"/> Pérdida de la vista/Ciego

14. **Examen de la Vista:**

¿Es este el primer examen de la vista de su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del último examen: _____
¿Usa su hijo anteojos o lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

15. **Audición:**

¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿No habla con claridad su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sube su hijo(a) demasiado el volumen del televisor, la radio o los audífonos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿No sigue su hijo(a) las instrucciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dice su hijo(a) "eh!" o "¿qué?" mucho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo(a) no responde cuando lo llama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

16. **Historial Dental: (Solo para edades de 3, 4 y 5 años )**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es su hijo(a) alérgico a la colofonia o los piñones?	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha visto su hijo(a) alguna vez un dentista? Si, su respuesta es sí, ¿Cuándo y dónde? _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le cepilla los dientes a su hijo(a)? ¿Cuántas veces al día? _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le cepilla los dientes a su hijo(a) con pasta dental con fluoruro?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le da agua de la llave a su hijo(a)?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa su hijo(a) botella/biberón?	

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Evaluación de riesgo de tuberculosis / VIH:		Si	No
1	¿Ha estado su hijo(a) en contacto con alguna persona con tuberculosis?		
2	¿Vive su hijo(a) en una comunidad o área considerada con "Alto riesgo de Tuberculosis"?		
3	¿Su hijo tiene infección por VIH o se considera en riesgo de infección por VIH?		
4	¿Tiene su hijo contacto con alguna de las siguientes personas: personas sin hogar infectadas por el VIH, hogares de ancianos, personas institucionalizadas, usuarios de drogas ilícitas o trabajos agrícolas migrantes?		
5	¿Tiene su hijo un sistema inmunitario deficiente debido a una enfermedad o enfermedad de tratamiento?		
6	¿Nació su hijo en Asia, África o América Latina, un refugiado o un inmigrante?		
Plomo - SOLO para niños que tengan de 12 meses a 5 años.		Si	No
7	¿Vive su hijo(a) o visita alguna casa / apartamento / guardería construida antes de 1950?		
8	¿Vive su hijo(a) o visita alguna casa / apartamento / guardería construida antes de 1978 con reciente remodelación o que este en construcción?		
9	¿Tiene su hijo un hermano o compañero de juegos que tiene o tuvo envenenamiento por plomo?		
Evaluación de riesgo de hijo (a) colesterol			
10	Historia del niño: ¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Diabetes / Azúcar <input type="checkbox"/> Alta Presión <input type="checkbox"/> Sobrepeso		
11	Historia familiar: Tiene un miembro de la familia que tenga alguno de los siguientes: (padres, abuelos, hermanos, tías y tíos) <input type="checkbox"/> Ataque al corazón / enfermedad <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Injerto de bypass / CABG / Stent / Angioplastia <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Muerte súbita <65 hembras <input type="checkbox"/> Muerte súbita <55 varones		
<b>Su hijo puede ser referido a su médico de atención primaria o al Departamento de Salud si sus respuestas anteriores indican que se necesitan pruebas.</b>			

### LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS 17 (PSC-17)

La salud emocional y física van juntas en los niños(as). Debido a que los padres son a menudo los primeros en notar un problema con el comportamiento, las emociones o el aprendizaje de su hijo(a), usted puede ayudar a su hijo(a) a obtener la mejor atención posible respondiendo las siguientes preguntas. Por favor indique qué declaración describe mejor a su hijo(a).

		Nunca	En ocasiones	Con frecuencia
1	Nervioso, incapaz de estar quieto			
2	Se siente triste, infeliz			
3	Sueña despierto			
4	No quiere compartir las cosas			
5	No comprende los sentimientos de las demás personas			
6	Se siente desesperanzado			
7	Tiene dificultad para concentrarse			
8	Pelea con otros niños			
9	Se muestra enojado consigo mismo			
10	Culpa a otros por sus problemas			
11	Parece divertirse menos			
12	No obedece las reglas			
13	Es incansable			
14	Molesta a los demás			
15	Se preocupa mucho			
16	Toma cosas que no le pertenecen			
17	Se distrae fácilmente			
COMENTARIOS:				

## FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN

Por favor explique debajo las preguntas que responda con "Si".

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_

		Sí	No
1	¿Alguna vez se ha desmayado su hijo(a) al estar haciendo ejercicio?		
2	¿Alguna vez se ha mareado su hijo(a) durante o después de hacer ejercicio?		
3	¿Alguna vez le ha dado dolor de pecho a su hijo(a) al hacer ejercicio?		
4	¿Su hijo(a) se agita más rápido que sus amigos al estar haciendo ejercicio?		
5	¿Ha tenido su hijo(a) alguna herida en la cabeza?		
6	¿Se ha quedado alguna vez su hijo(a) inconsciente?		
7	¿Ha tenido alguna vez un agujijón, una quemadura o nervio adolorido?		
8	¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez calambres por el calor o musculares?		
9	¿Alguna vez su hijo(a) se ha mareado o desmayado por el calor?		
10	¿Tiene problemas de respiración o tos durante o después de ejercitarse?		
11	¿Usa algún equipo especial (tirantes, protector del cuello o de los ojos)?		
12	¿Ha muerto alguien en su familia por razones inexplicables antes de la edad de 50 años?		
13	¿Ha usado su hijo(a) un inhalador para el asma durante el año pasado?		
14	¿Alguna vez su hijo(a) ha torcido, dislocado, fracturado, quebrado o ha tenido repetidas hinchazones en algún hueso o articulaciones?		
15	Por favor explique sus respuestas con "Si" aquí:		
<b>SOLO SEXO FEMENINO</b> ¿Cuál ha sido el tiempo más largo entre los periodos menstruales de su hija durante el año pasado? _____			

Puede requerirse un examen físico para participar en deportes y actividades escolares. Por favor verifique cualquier deporte o actividad en la que su hijo(a) esté interesado o participará.

- |                                     |   |  |   |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Banda      | <input type="checkbox"/> carrera de larga distancia | <input type="checkbox"/> Fútbol/Soccer | <input type="checkbox"/> carrera de saito |
| <input type="checkbox"/> Béisbol    | <input type="checkbox"/> Hockey sobre hierba        | <input type="checkbox"/> Sofbol        | <input type="checkbox"/> Voleibol         |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto | <input type="checkbox"/> Fútbol Americano           | <input type="checkbox"/> Natación      | <input type="checkbox"/> Lucha            |
| <input type="checkbox"/> Bolos      | <input type="checkbox"/> Lacrosse                   | <input type="checkbox"/> Tenis         | <input type="checkbox"/> Otro _____       |
| <input type="checkbox"/> Animadoras | <input type="checkbox"/> ROTC                       |  |   |



**PEDS-R®: FoRmulario PaRa RESPuEstas**  
(PEDS-R® in Spanish)

Provider \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del niño/a \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Por favor díganos si le preocupa algo de la manera en que su hijo o hija está aprendiendo, se desarrolla o se comporta.

2. ¿Le preocupa cómo su hijo/a habla y forma los sonidos?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

3. ¿Le preocupa cómo su hijo/a entiende lo que le dicen?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

4. ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las manos y los dedos para hacer las cosas?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

5. ¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las piernas y los brazos para hacer las cosas?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

6. ¿Le preocupa cómo su hijo/a se comporta?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:



7. ¿Le preocupa cómo su hijo/a se relaciona con otras personas?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

8. ¿Le preocupa cómo su hijo/a está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo o misma?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

9. ¿Le preocupa cómo su hijo/a está desarrollando sus habilidades escolares o preescolares?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

10. ¿Le preocupa que su hijo/a esté atrasado/a o que no pueda hacer lo mismo en comparación a otros niños?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

11. ¿Le preocupa cómo su hijo/a ve, oye, come, duerme o algo acerca de la salud?

Marque uno: ¿No le preocupa?    ¿Le preocupa?    o ¿Le preocupa un poco?    Comentarios:

12. ¿Le preocupa algo más acerca de su niño o niña? Por favor díganos.

## ENCUESTA SOBRE NUESTROS SERVICIOS DE SALUD

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Estimado Padre/Guardián:

**POR FAVOR COMPLETE SOLAMENTE SI SU HIJO(A) RECIBIÓ UN EXAMEN DE NOSOTROS EL AÑO ANTERIOR**

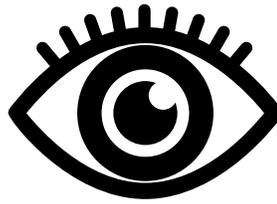
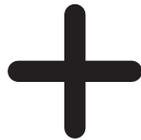
PREGUNTAS DE LA ENCUESTA		Sí	No	No sé
<b>1.</b>	¿Durante el año anterior, trajo su hijo(a) a casa un sobre amarillo con los resultados del examen?			
<b>2.</b>	¿Está satisfecho con los servicios que recibió de Well Child?			
<b>3.</b>	¿Ha notado mejoras en su hijo(a) después de haber recibido los servicios de Well Child?			
<p style="text-align: center;">¿Si su respuesta a la pregunta 3 es "Sí," en qué áreas ha visto mejoras?            ___Asistencia ___Logros ___Comportamiento ___Salud ___Otros</p>				
<b>4.</b>	¿Le gustaría compartir con Well Child alguna historia sobre el examen de salud que recibió su hijo(a)?			
<b>5.</b>	¿Hay algún cambio o alguna sugerencia que usted quisiera compartir con Well Child sobre nuestros exámenes?			
<p>Si su respuesta a la pregunta 5 es "Sí", por favor díganos cómo podemos mejorar nuestros servicios:</p>				
<b>6.</b>	La telesalud es una opción para ayudar a diagnosticar y dar tratamiento a los pacientes mediante video conferencias con una enfermera y/ o un médico. ¿Podemos enviarle un enlace para acceder a Well Child Telehealth?			

*Gracias por tomarse su tiempo para completar esta tan importante encuesta. Valoramos nuestra relación con nuestras familias y esperamos continuar sirviendo a su hijo(a) en el futuro.*



# Well Child™

Exámenes físicos y de la vista en la escuela durante el día escolar. ¡Disponibles en su escuela!



**EXAMENES  
FÍSICOS**

**EXAMENES  
DE LA VISTA**

**EN LA  
ESCUELA**

- No hay necesidad de faltar a la escuela o al trabajo.
  - No es necesario programar citas.
  - No es necesario organizar el transporte.

## **3 MANERAS FÁCILES DE INSCRIBIRSE:**

- Visite [www.wellchild.com](http://www.wellchild.com) para registrarse en línea.
- Llame al (866) 403-5858 para registrarse por teléfono.
- Complete el paquete de papel adjunto y regreselo a la escuela.



**¡Aprende más!**

Síguenos en @WellChildTN:



[www.wellchild.com](http://www.wellchild.com)



(866) 403-5858



[contactus@wellchild.com](mailto:contactus@wellchild.com)