

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 18 Meses:

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo/a. Esto ayudará a que el doctor pueda dedicar más tiempo a conversar sobre aquellos temas específicos que le preocupen. Por favor complete **AMBOS LADOS**.

- | | | | |
|---|-------------|--------|----------------------|
| ¿Puede su hijo/a correr? | Sí | No | Duda |
| ¿Sube las escaleras? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede patear una pelota? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede comer solo/a con una cuchara? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede quitarse alguna ropa solo/a? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede garabatear? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede señalar al menos una parte de su cuerpo cuando se le pregunta? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede usar por lo menos de 4 a 10 palabras? | Sí | No | Duda |
| ¿Está empezando a jugar juegos de mentira como vistiendo una muñeca o empujando un auto de juguete? | Sí | No | Duda |
| ¿Le señala a usted aviones, pájaros u otros objetos? | Sí | No | Duda |
| ¿Le gusta jugar con otros niños? | Sí | No | Duda |
| ¿Responde a órdenes simples (“agarra la pelota”)? | Sí | No | Duda |
| ¿Cuántas onzas de leche toma su hijo/a en 24 horas? | _____ onzas | entera | poca grasa sin grasa |
| ¿Cuántas onzas de jugo toma su hijo/a en 24 horas? | _____ onzas | | |
| ¿Ha dejado la mamadera completamente? | Sí | No | |
| ¿Come carne (por ejemplo, pescado, pollo, carne de res, cerdo)? | Sí | No | Duda |
| ¿Duerme toda la noche sin comer? | Sí | No | Duda |
| ¿Le lee usted a su hijo/a todos los días? | Sí | No | Duda |
| ¿Muestra interés en la <i>pelela</i> ? | Sí | No | Duda |
| ¿Está su casa preparada y a prueba de niños? | Sí | No | Duda |
| ¿Usa usted generalmente crema protectora del sol para su hijo/a cuando está afuera? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene usted alguna otra preocupación de seguridad en el hogar? | Sí | No | Duda |
- Si es así, ¿cuáles son sus preocupaciones? _____

POR FAVOR DE VUELTA LA PAGINA

Nombre del Niño/a: _____

¿Quién cuida a su hijo/a durante el día? _____

¿El agua de la canilla de su casa contiene fluoruro? Sí No Duda

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento o suplemento, incluyendo fluoruro? Si es así, por favor enumere abajo:

Evaluación de Riesgo de Exposición/Infección de Tuberculosis:

¿Tiene algún contacto o miembro de la familia que haya tenido tuberculosis? Sí No

¿Ha tenido algún familiar un examen de piel positivo para la tuberculosis? Sí No

¿Nació su hijo/a en un país de alto riesgo? (Países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o países europeos occidentales) Sí No

¿Ha viajado su hijo/a a un país de alto riesgo por más de una semana, o ha tenido contacto con gente viviendo en un país de alto riesgo por más de una semana? (Países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o países europeos occidentales) Sí No

¿Le preocupa algo sobre el desarrollo de su hijo/a, o tiene alguna otra preocupación sobre la que quisiera conversar con su doctor? Sí No

Si es así, ¿qué preocupaciones tiene?

M-CHAT: Evaluación del desarrollo de niños en edad de caminar

Por favor conteste acerca de como su niño (a) es **usualmente**. Por favor trata de contestar cada pregunta. Si el comportamiento de su niño no ocurre con frecuencia, conteste como si no lo hiciera.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Disfruta su niño (a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla? | Sí | No |
| 2. ¿Se interesa su niño (a) en otros niños? | Sí | No |
| 3. ¿Le gusta a su niño (a) subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras? | Sí | No |
| 4. ¿Disfruta su niño (a) jugando "peek-a-boo" o "hide and seek" (a las escondidas)? | Sí | No |
| 5. ¿Le gusta a su niño (a) jugar a pretendar, como por ejemplo, pretende que habla por teléfono, que cuida sus muñecas, o pretende otras cosas? | Sí | No |
| 6. ¿Utiliza su niño (a) su dedo índice para señalar algo, o para preguntar alguna cosa? | Sí | No |
| 7. ¿Usa su niño (a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo? | Sí | No |
| 8. ¿Puede su niño (a) jugar bien con juguetes pequeños (como carros o cubos) sin llevárselos a la boca, manipularlos o dejarlos caer)? | Sí | No |
| 9. ¿Le trae su niño (a) a usted (padre o madre) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo alguna vez? | Sí | No |
| 10. ¿Lo mira su niño (a) directamente a los ojos por mas de uno o dos segundos? | Sí | No |
| 11. ¿Parece su niño (a) ser demasiado sensitivo al ruido? (por ejemplo, se tapa los oídos)? | Sí | No |
| 12. ¿Sonríe su niño (a) en respuesta a su cara o a su sonrisa? | Sí | No |
| 13. ¿Lo imita su niño (a)? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, su niño (a) trata de imitarlo? | Sí | No |
| 14. ¿Responde su niño (a) a su nombre cuando lo(a) llaman? | Sí | No |
| 15. ¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación a su niño (a), lo mira? | Sí | No |
| 16. ¿Camina su niño (a)? | Sí | No |
| 17. ¿Presta su niño (a) atención a las cosas que usted está mirando? | Sí | No |
| 18. ¿Hace su niño (a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara? | Sí | No |
| 19. ¿Trata su niño (a) de llamar su atención (de sus padres) a las actividades que estada llevando a cabo? | Sí | No |
| 20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su niño (a) es sordo (a)? | Sí | No |
| 21. ¿Comprende su niño (a) lo que otras dicen? | Sí | No |
| 22. ¿Ha notado si su niño (a) se queda con una Mirada fija en nada, o si camina algunas veces sin sentido? | Sí | No |
| 23. ¿Su niño le mira a su cara para chequear su reacción cuando esta en una situación diferente? | Sí | No |