

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 15 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.

- | | | | |
|---|---------------|-------------------|------------|
| ¿Su hijo/a camina? | Sí | No | Duda |
| ¿Corre? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede su hijo/a comer solo/a con una cuchara? | Sí | No | Duda |
| ¿Juega juegos de mentira/imaginación (como hablar por teléfono de mentira)? | Sí | No | Duda |
| ¿Juega juegos con usted? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede señalar algunas partes de su cuerpo cuando se le pregunta? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede usar por lo menos 4 palabras? | Sí | No | Duda |
| ¿Ha dejado la mamadera completamente? | Sí | No | Duda |
| ¿Le está dando leche de pecho, maternizada u otra leche? | Pecho | Leche maternizada | Otra leche |
| ¿Cuánta leche de pecho, maternizada u otra leche toma su hijo/a en 24 horas? | _____ onzas o | _____ veces | |
| ¿Cuántas onzas de jugo toma su hijo/a en 24 horas? | _____ oz | | |
| ¿Duerme su hijo/a toda la noche, sin comer? | Sí | No | Duda |
| ¿Le lee usted a su hijo/a regularmente? | 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 el número de control de venenos (800-222-1222) en un lugar visible en la casa? | Sí | No | Duda |
| ¿Quién cuida a su hijo/a durante el día? | _____ | | |
| ¿El agua de canilla de su casa contiene fluoruro? | Sí | No | Duda |
| ¿Está tomando su hijo/a algún medicamento o suplemento, incluyendo fluoruro? Si es así, por favor enumere: | | | |
| ¿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?***