

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 9 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.

| | | | |
|--|----|----|------|
| ¿Se sienta su hijo/a sin apoyo? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede levantarse para pararse sin ayuda? | Sí | No | Duda |
| ¿Da pasos agarrándose de los muebles? | Sí | No | Duda |
| ¿Levanta objetos con la punta del pulgar y los dedos? | Sí | No | Duda |
| ¿Agarra comida que se come con las manos? | Sí | No | Duda |
| ¿Balbucea y habla con palabras o sonidos inventados? | Sí | No | Duda |
| ¿Pronuncia sonidos como “dada” (papa) o “mama”? | Sí | No | Duda |
| ¿Entiende algunas palabras? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede hacer que su hijo/a se ría? | Sí | No | Duda |
| ¿Busca su hijo/a objetos escondidos o que no están a la vista? | Sí | No | Duda |

¿Cómo alimenta a su hijo/a, le da el pecho o leche maternizada u Pecho Leche maternizada Otra
otra leche?

Si le está dando leche maternizada, ¿cuántas onzas le da en 24 horas? _____ oz

¿Cuántas onzas de jugo toma su hijo/a en 24 horas? _____ oz

| | | | |
|---|----|----|------|
| ¿Le ofrece usted a su hijo/a una taza o taza entrenadora todos los días? | Sí | No | Duda |
| ¿Duerme su hijo/a toda la noche? | 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 alguna otra preocupación de seguridad en su casa? | Sí | No | Duda |

Si es así, ¿cuál es su preocupación? _____

En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido la mamá triste, deprimida o desesperanzada? Sí No Duda

En las últimas 2 semanas, ¿ha sentido la mamá poco interés o placer en hacer cosas? Sí No Duda

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

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

¿Está tomando su hijo/a algún medicamento o suplemento, incluyendo vitaminas? 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?