

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 1 Año:

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**.

- | | | | |
|---|---------------|-------------|------|
| ¿Se puede parar su hijo/a? | Sí | No | Duda |
| ¿Da pasos agarrándose de los muebles? | Sí | No | Duda |
| ¿Camina? | Sí | No | Duda |
| ¿Levanta objetos con la punta del pulgar y los dedos? | Sí | No | Duda |
| ¿Come solo/a? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede hacer que su hijo/a se ría? | Sí | No | Duda |
| ¿Balbucea y habla con palabras y sonidos inventados? | Sí | No | Duda |
| ¿Dice dada (papa) o mama, con significado específico? | Sí | No | Duda |
| ¿Usa algún gesto (decir adiós con la mano, señalar)? | Sí | No | Duda |
| ¿La mira a usted cuando usted lo llama por su nombre? | Sí | No | Duda |
| ¿Ha dejado su hijo/a la mamadera completamente? | Sí | No | |
| ¿Está tomando leche de pecho, maternizada u otra leche? | De pecho | Maternizada | Otra |
| ¿Cuánta leche de pecho, maternizada u otra leche toma su hijo en 24 horas? | _____ onzas o | _____ veces | |
| ¿Cuántas onzas de jugo toma su hijo/a en 24 horas? | _____ onzas | | |
| ¿Come su hijo/a carne (por ejemplo, pescado, pollo, carne de res, cerdo)? | Sí | No | |
| ¿Nació su hijo/a dentro de las 3 semanas de la fecha prevista? | Sí | No | Duda |
| ¿Pesó más de 5 libras 8 onzas (2500 gm) al nacer? | Sí | No | Duda |
| ¿Duerme toda la noche? | 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 su casa? | Sí | No | Duda |
| ¿Hay armas en su casa, o en cualquier casa que su hijo/a visita regularmente? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene su hijo/a acceso a una piscina en su casa? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene usted alguna otra preocupación de seguridad en el hogar? | Sí | No | Duda |
| Si es así, ¿cuáles son sus preocupaciones? | _____ | | |
| 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 |

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 al Plomo:

¿Vive su hijo/a en una casa construida antes de 1950 o visita regularmente un establecimiento de cuidado de niños construido antes de 1950? Sí No Duda

¿Vive su hijo/a en una casa construida antes de 1978 o visita regularmente una casa o establecimiento de cuidado de niños construido antes de 1978 que está siendo o has sido recientemente renovado o remodelado (en los últimos 6 meses)? Sí No Duda

¿Tiene su hijo/a un hermano/a o amigo/a que sufra o haya sufrido envenenamiento con plomo? Sí No Duda

¿Toma su hijo/a algún remedio casero o suplemento importado? Sí No Duda

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 resultado positivo en un examen de piel 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?