

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 6 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**.

- | | | | |
|---|----|----|------|
| ¿Se da vuelta su bebé? | Sí | No | Duda |
| ¿Levanta la cabeza cuando usted lo saca del asiento del auto/coche? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede su bebé sentarse con su ayuda? | Sí | No | Duda |
| ¿Trata de alcanzar y agarrar cosas? | Sí | No | Duda |
| ¿Trata de alcanzar objetos usando la mano entera con los dedos extendidos para agarrar objetos? | Sí | No | Duda |
| ¿Se da vuelta su bebé para responder a sonidos? | Sí | No | Duda |
| ¿Balbucea haciendo sonidos como “ba”, “ma”, “ga”? | Sí | No | Duda |
| ¿Le sonrío a usted? | Sí | No | Duda |

¿Cómo alimenta a su hijo/a, le da el pecho o leche maternizada (fórmula)?

Pecho	Leche maternizada	Ambos
-------	-------------------	-------

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

¿Qué tipo de leche maternizada? _____

- | | | | |
|---|----|----|------|
| ¿Está satisfecha con las horas de sueño de su bebé? | Sí | No | Duda |
| ¿Duerme su bebé toda la noche sin comer? | Sí | No | Duda |
| ¿Está su casa preparada y a prueba de niños/bebés? | 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 |
| ¿Tiene su bebé acceso a una piscina en la casa? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene un caminador (que se mueve con ruedas)? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene usted alguna otra preocupación de seguridad en el hogar? | Sí | No | Duda |

Si es así, ¿cuáles son sus preocupaciones? _____

¿Se ha sentido la mamá triste, ansiosa, desesperanzada o deprimida con frecuencia? Sí No Duda

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

POR FAVOR DE VUELTA LA PAGINA

Nombre del Niño/a: _____

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

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