

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 3 Años:

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 andar en triciclo? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede tirar una pelota por arriba? | Sí | No | Duda |
| ¿Se puede vestir con su ayuda (o solo/a)? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede copiar un círculo? | Sí | No | Duda |
| ¿Son entendibles para la mayoría de la gente por lo menos tres-cuartos de las palabras que su hijo/a usa? | Sí | No | Duda |
| ¿Sabe su hijo/a su propio nombre, edad y sexo? | Sí | No | Duda |
| ¿Se junta con otros niños para jugar? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede contar hasta tres o más? | Sí | No | Duda |
| ¿Hace preguntas? | Sí | No | Duda |
| ¿Cuántas onzas de leche toma en 24 horas? | _____ onzas | entera | poca grasa sin grasa |
| ¿Cuántas onzas de jugo toma en 24 horas? | _____ onzas | | |
| ¿Ha dejado completamente la mamadera? | Sí | No | Duda |
| ¿Come carne (por ejemplo, pescado, pollo, carne de res, cerdo)? | Sí | No | Duda |
| ¿Está entrenado/a para ir al baño durante el día? | Sí | No | Duda |
| ¿Lee usted con su hijo/a todos los días? | Sí | No | Duda |
| En un día típico, ¿tiene su hijo/a menos de dos horas frente a la pantalla? (TV, videojuegos, computadora, etc.) | Sí | No | Duda |
| ¿Usa usted generalmente crema protectora del sol para su hijo/a cuando está afuera? | Sí | No | Duda |
| ¿Usa su hijo/a un casco cuando anda en triciclo? | Sí | No | Duda |
| ¿Ha llevado a su hijo/a al dentista regularmente? | Sí | No | Duda |
| ¿Hay armas en su casa, o en cualquier casa que su hijo/a visite regularmente? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene su hijo/a acceso a una piscina en la casa? | Sí | No | Duda |
| ¿Tiene alguna otra preocupación con respecto a la seguridad de su casa? | Sí | No | Duda |

Si es así, por favor describa: _____

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 tiene 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?