

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

**Visita de 2 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**.

- |  |             |        |                      |
|--|-------------|--------|----------------------|
| ¿Sube su hijo/a las escaleras?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Puede saltar?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Puede hacer una pila de bloques?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Puede cepillarse los dientes con su ayuda?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Usa una cuchara y una taza bien?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Juega a juegos de mentira o imaginación usando juguetes?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Puede garabatear?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Sube su hijo/a para conseguir objetos?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Responde a comandos de dos partes? (“Por favor, trae el libro y trae también los zapatos”)?             | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Usa al menos 20 palabras?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Combina dos o más palabras?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Cuántas onzas de leche toma su hijo/a en 24 horas?  | _____ onzas | entera | poca grasa sin grasa |
| ¿Cuántas onzas de jugo toma su hijo/a en 24 horas?   | _____ onzas |        |                      |
| ¿Ha dejado la mamadera completamente?  | Sí          | No     |                      |
| ¿Come carne (por ejemplo, pescado, pollo, carne de res, cerdo)?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Le lee usted a su hijo/a todos los días?  | Sí          | No     | Duda                 |
| En un día típico, ¿tiene su hijo/a menos de 2 horas frente a la pantalla? (TV, video, computadora, etc.) | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Ha empezado su hijo/a el entrenamiento del baño?  | 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                 |
| ¿Quién cuida a su hijo/a durante el día?   | _____       |        |                      |
| ¿Tiene su hijo/a acceso a una piscina en la casa?  | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿Ha visto su hijo/a a un dentista?   | Sí          | No     | Duda                 |
| ¿El agua de la canilla de su casa tiene fluoruro?  | Sí          | No     | Duda                 |

**POR FAVOR DE VUELTA LA PAGINA**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

¿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 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

**Evaluación de Riesgo de perfil anormal de lípidos (como colesterol alto):**

¿Tuvo alguno de los padres o abuelos de su hijo/a una enfermedad significativa de corazón antes de los 55 años de edad (ataque de corazón, derrame cerebral, angioplastia, angina o cirugía de derivación cardiaca (bypass))?	Sí	No	Duda
¿Tiene alguno de los padres del niño/a un nivel de colesterol de 240 o más alto?	Sí	No	Duda
¿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?*

M-CHAT: Evaluación del desarrollo de niños en edad de caminar

Por favor conteste acerca de como su niño (a) es **usualmente**. Por favor trata de contestar cada pregunta. Si el comportamiento de su niño no ocurre con frecuencia, conteste como si no lo hiciera.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Disfruta su niño (a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla?   | Sí | No |
| 2. ¿Se interesa su niño (a) en otros niños?   | Sí | No |
| 3. ¿Le gusta a su niño (a) subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras?  | Sí | No |
| 4. ¿Disfruta su niño (a) jugando "peek-a-boo" o "hide and seek" (a las escondidas)?   | Sí | No |
| 5. ¿Le gusta a su niño (a) jugar a pretendar, como por ejemplo, pretende que habla por teléfono, que cuida sus muñecas, o pretende otras cosas? | Sí | No |
| 6. ¿Utiliza su niño (a) su dedo índice para señalar algo, o para preguntar alguna cosa?   | Sí | No |
| 7. ¿Usa su niño (a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo?  | Sí | No |
| 8. ¿Puede su niño (a) jugar bien con juguetes pequeños (como carros o cubos) sin llevárselos a la boca, manipularlos o dejarlos caer)?          | Sí | No |
| 9. ¿Le trae su niño (a) a usted (padre o madre) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo alguna vez?                                 | Sí | No |
| 10. ¿Lo mira su niño (a) directamente a los ojos por mas de uno o dos segundos?   | Sí | No |
| 11. ¿Parece su niño (a) ser demasiado sensitivo al ruido? (por ejemplo, se tapa los oídos)?   | Sí | No |
| 12. ¿Sonríe su niño (a) en respuesta a su cara o a su sonrisa?  | Sí | No |
| 13. ¿Lo imita su niño (a)? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, su niño (a) trata de imitarlo?  | Sí | No |
| 14. ¿Responde su niño (a) a su nombre cuando lo(a) llaman?  | Sí | No |
| 15. ¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación a su niño (a), lo mira?  | Sí | No |
| 16. ¿Camina su niño (a)?  | Sí | No |
| 17. ¿Presta su niño (a) atención a las cosas que usted está mirando?  | Sí | No |
| 18. ¿Hace su niño (a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara?   | Sí | No |
| 19. ¿Trata su niño (a) de llamar su atención (de sus padres) a las actividades que estada llevando a cabo?                                      | Sí | No |
| 20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su niño (a) es sordo (a)?   | Sí | No |
| 21. ¿Comprende su niño (a) lo que otras dicen?  | Sí | No |
| 22. ¿Ha notado si su niño (a) se queda con una Mirada fija en nada, o si camina algunas veces sin sentido?                                      | Sí | No |
| 23. ¿Su niño le mira a su cara para chequear su reacción cuando esta en una situación diferente?  | Sí | No |