

Nombre del paciente / Fecha de nacimiento: _____

Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 6 meses

Historial de intervalos:

- ¿Ha padecido su bebé alguna enfermedad importante, ha acudido a la sala de emergencias o unidad de urgencias desde su última cita en el consultorio? No Sí
- ¿Su bebé ha tenido alguna reacción a las vacunas en el pasado? No Sí

Desarrollo:

- ¿Puede su bebé pasar objetos de una mano a la otra? Sí No
- ¿Su bebé agarra objetos y los pone cerca de su boca? Sí No
- ¿Puede su bebé enfocarse/ver objetos pequeños? Sí No
- ¿Su bebé gira su cabeza cuando escucha su voz? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve o escucha su bebé? No Sí
- ¿Los ojos de su bebé se mueven juntos (no hacen bizcos)? Sí No
- ¿Su bebé balbucea consonantes (por ejemplo, "ba", "ma" o "ga")? Sí No
- ¿Puede su bebé sentarse sin apoyo (ayuda mínima de un adulto)? Sí No
- ¿Su bebé rueda sobre sí mismo(a)? Sí No
- ¿Su hijo(a) levanta la cabeza cuando lo/la retira de su silla de seguridad en el automóvil? Sí No

Salud dental:

- ¿La fuente principal de agua de su hijo(a) contiene fluoruro? Sí No No está seguro(a)
- Si no es así, ¿su hijo(a) toma un suplemento de fluoruro? Sí No N/A
- ¿Su hijo(a) se duerme con un biberón? No Sí
- ¿Su hijo(a) requiere que lo amamante continuamente a lo largo de la noche? No Sí

Mantenerse sano/seguridad:

- ¿Su bebé mira la televisión? No Sí
- ¿Su hogar tiene un detector de humo en funcionamiento? Sí No
- ¿Ha disminuido la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? Sí No
- Si su hogar tiene más de un piso, ¿tiene guardas de seguridad instaladas en las ventanas y puertas en las escaleras? Sí No N/A
- ¿Su hogar tiene los materiales de limpieza/medicinas/cerillas en un lugar cerrado bajo llave? Sí No
- ¿Su hogar tiene el número del Centro de Toxicología (800-222-1222) cerca del teléfono? Sí No
- ¿Siempre pone su bebé a dormir boca arriba? Sí No



Nombre del paciente / Fecha de nacimiento: _____

¿Siempre se queda con su bebé cuando él/ella está en la tina de baño?	Sí	No	
¿Usa filtro solar cuando su hijo(a) está al aire libre?	Sí	No	
¿Siempre coloca a su bebé en la silla de seguridad orientada hacia atrás situada en el asiento trasero del automóvil?	Sí	No	
¿La silla de seguridad es la correcta para la edad y el tamaño de su bebé?	Sí	No	
¿Su bebé pasa tiempo en una casa donde se guarda una pistola?	No	Sí	Omitir
De ser sí, ¿están las pistolas guardadas en armario bajo llave, o candado y separadas las armas de las municiones?	Sí	No	
¿Su bebé pasa tiempo con una persona que fuma?	No	Sí	

Evaluación de riesgo de exposición al plomo:

¿Su hijo(a) vive o visita con regularidad una casa o guardería construida antes de 1950?	No	Sí	
¿Su hijo(a) vive o visita con regularidad una casa o guardería construida antes de 1978 que está siendo renovada o se ha renovado o restaurado recientemente (en los últimos 6 meses)?	No	Sí	
¿Su hijo(a) tiene hermanos o compañeros de juego que padecen o han padecido envenenamiento por plomo?	No	Sí	
¿Su hijo(a) toma algún remedio o suplemento importados?	No	Sí	

Detección de tuberculosis:

¿Un miembro de la familia o un conocido ha padecido de tuberculosis o tenido un resultado positivo a una prueba en la piel para detectar tuberculosis (PPD)?	No	Sí	No está seguro(a)
¿Su hijo(a) nació en un país de alto riesgo (cualquier país excepto EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	No	Sí	
¿Su hijo(a) ha salido de viaje (o ha tenido contacto con personas que viven en un país de alto riesgo) por más de una semana (cualquier país excepto EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	No	Sí	

Nombre del paciente / Fecha de nacimiento: _____

Sueño:

¿Cuántas horas duerme su bebé en la noche? _____ horas

¿Cuántas horas duran las siestas de su bebé a lo largo del día? _____ horas

 ¿Su bebé duerme toda la noche sin requerir toma de leche? **Sí** **No**
Nutrición/actividad física:

Para amamantar: ¿Cuántos minutos amamanta por lado? _____ minutos

Para alimentar con biberón/fórmula para bebé: ¿Cuántas onzas por toma? _____ oz

Si está dando fórmula para bebé, ¿qué marca está usando? _____

¿Qué tan seguido alimenta a su bebé? Cada _____ horas

¿Cuántas tomas de leche materna o fórmula para bebé ofrece en 24 horas? _____ tomas

¿Cuánto jugo toma su bebé en un periodo de 24 horas? _____ oz

 ¿Ha empezado a ofrecer a su bebé diferentes alimentos sólidos? **Sí** **No**

 ¿Le da a su bebé un biberón de cualquier otro líquido que no sea
 fórmula para bebé, leche materna o agua? **No** **Sí**

 ¿Tiene alguna inquietud sobre la alimentación de su bebé? **No** **Sí**
Evacuaciones:

 ¿Su bebé evacúa de manera regular con una consistencia normal (blanda)? **Sí** **No**

 Enumere todos los medicamentos o suplementos que su bebé está tomando, incluyendo vitamina D:

¿Quién vive en casa con su bebé? _____

¿Quién proporciona cuidados a su bebé durante el día? _____

Enumere todos los problemas médicos familiares importantes: _____

 Por favor, enumere cualquier alergia conocida a medicinas: _____

 Por favor, numere cualquier alergia a alimentos conocida: _____

 ¿Tiene alguna inquietud acerca del desarrollo de su hijo(a) o cualquier otra inquietud que le gustaría comentar con su proveedor?

Firma: _____ Fecha: _____

Uso exclusivo de la clínica	Asesorado	Referido	Guía preventiva	Se ordena seguimiento	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nombre del paciente / Fecha de nacimiento: _____

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exposición al tabaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Actividad física | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Salud dental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Paciente rechazó SHA

Firma del médico
de atención primaria

Nombre en
letra molde:

Fecha:

Ver: 6-26-14