

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 9 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 comer por sí mismo(a) alimentos pequeños con las manos? Sí No
- ¿Puede levantar objetos con la punta del pulgar y dedo índice? Sí No
- ¿Su bebé balbucea (por ejemplo, "papá", "mamá")? Sí No
- ¿Puede su bebé sentarse sin apoyo? Sí No
- ¿Su bebé puede gatear o arrastrarse? Sí No
- ¿Puede su bebé levantarse hasta pararse? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre la vista de su hijo(a)? No Sí
- ¿Los ojos de su hijo(a) parecen inusuales o bizcos, a la deriva o parecen vagar? No Sí
- ¿Los párpados de su hijo(a) se caen o un párpado tiende a cerrarse? No Sí
- ¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo(a)? No Sí

### 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/exposición al tabaco:

- ¿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

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- ¿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
- ¿Siempre se queda con su bebé cuando él/ella está en la tina de baño? Sí No
- ¿Pasa usted tiempo cerca de una piscina, río o lago? No Sí
- ¿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 todas las pistolas guardadas en armario con llave o candado y separadas de las municiones? Sí No
- ¿Le da a su bebé un biberón de cualquier otro líquido excepto fórmula para bebé, leche materna o agua? No Sí
- ¿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

**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

Nombre del paciente / fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

¿Cuánto jugo toma su hijo(a) en 24 horas? \_\_\_\_\_ oz

 ¿Su bebé come frutas y verduras bien? Sí No

 ¿Su bebé toma o come 3 porciones diarias de alimentos ricos en calcio, tales como  
 fórmula para bebé, leche materna, queso, yogur o tofu? Sí No

 ¿Su hijo(a) come carne (tal como pollo, pescado, carne roja o carne de cerdo)? Sí No

 ¿Ofrece a su hijo(a) una taza entrenadora todos los días? Sí No

 ¿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

 Por favor, 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 hijo(a) durante el día? \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todos los problemas médicos familiares importantes: \_\_\_\_\_

 Por favor, enumere cualquier alergia conocida a medicinas: \_\_\_\_\_

 Por favor, enumere 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: \_\_\_\_\_

<b>Uso exclusivo de la clínica</b>	Asesorado	Referido	Guía preventiva	Se ordena seguimiento	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> <b>Paciente rechazó SHA</b> </div>
<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<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"/>	
Firma del médico de atención primaria		Nombre en letra molde:		Fecha:	