

## Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 12 meses

### Historial de intervalos:

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

### Desarrollo:

- ¿Puede su hijo(a) sostener un vaso para beber de él? Sí No
- ¿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 hijo(a) combina sílabas (por ejemplo, "papá", "mamá")? Sí No
- ¿Su hijo(a) usa gestos (señala con el dedo o la mano)? Sí No
- ¿Su hijo(a) entiende palabras ("no", "más")? Sí No
- ¿Él/ella observa un objeto cuando usted lo señala y dice "mira"? Sí No
- ¿Su hijo(a) juega escondidas (dónde está bebé), a mover la mano para decir adiós, a aplaudir? Sí No
- ¿Su hijo(a) camina a lo largo de los muebles (camina sujetándose)? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) pararse sin apoyarse en algo? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) caminar solo(a)? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre la vista de su hijo(a)? No Sí
- ¿Su hijo(a) sostiene objetos de cerca cuando intenta enfocarse? 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
- ¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla 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
- ¿Conoce un dentista con quien puede llevar a su hijo(a)? Sí No

### 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 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

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

¿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	
¿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 bajo llave o candado y separadas todas las pistolas 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) participa en cualquiera de los programas de apoyo público (MediCal, CHDP, Healthy Families o WIC)?	No	Sí	
¿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 <i>excepto</i> 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 <i>excepto</i> EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	No	Sí	

**Sueño:**

¿Cuántas horas duerme su bebé en la noche? \_\_\_\_\_ horas

Bebé sano de 12 meses

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

¿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:**

¿Qué líquidos bebe su hijo(a)? (encierre en un círculo todos los que correspondan):

[leche materna] [fórmula para bebé] [leche entera] [otro tipo de leche]

¿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, leche de soya, 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

 ¿Le da a su bebé un biberón de cualquier otro líquido excepto 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

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"/>	

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

Firma del médico de atención primaria	Nombre en letra molde:	Fecha:
------------------------------------------	---------------------------	--------

Ver: 6-26-14