

Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 15 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) hacer garabatos con un crayón/lápiz? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) beber de un vaso? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) alimentarse a sí mismo(a) con alimentos pequeños? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) decir al menos 3 palabras (por ejemplo, "hola", "no", "oh oh")? Sí No
- ¿Su hijo(a) dice "palabras" que usted no entiende (lenguaje de bebés)? Sí No
- ¿Su hijo(a) entiende y sigue órdenes sencillas? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) caminar solo(a)? Sí No
- ¿Puede él o ella agacharse (inclinarse) para levantar algo y pararse de nuevo? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) subir las escaleras gateando? Sí No No corresponde
- ¿Puede su hijo(a) apilar dos cubos u objetos (uno encima del otro)? Sí No
- ¿Lee usted a su hijo(a) con regularidad? 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

Salud Dental:

- ¿Le ayuda a su hijo cepillarse los dientes o a usar hilo dental todos los días? Sí No
- ¿La fuente primaria de agua de su niño contiene flúor? Sí No No sé
- De ser no, ¿toma su niño algún suplemento de flúor? Sí No No corresponde
- ¿Conoce a algún dentista donde puede llevar a su niño? Sí No

Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:

- ¿Su hijo(a) ve televisión, juega videojuegos o usa un teléfono inteligente o tableta? No Sí



Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

¿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	No corresponde
¿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 se queda con su hijo(a) cuando él/ella está en la tina de baño?	Sí	No	
¿Pasa usted tiempo cerca de una piscina, río o lago?	No	Sí	
De ser sí, ¿está siempre supervisado para su seguridad?	Sí	No	
¿Usa filtro solar cuando su hijo(a) está al aire libre?	Sí	No	
¿Siempre coloca a su hijo(a) en una 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 hijo(a)?	Sí	No	
¿Siempre comprueba que no haya niños alrededor antes de dar marcha atrás a su automóvil?	Sí	No	
¿Su hijo(a) pasa tiempo en una casa donde se guarda un arma?	No	Sí	No corresponde
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) 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	

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

Sueño:

- ¿Cuántas horas duerme su hijo(a) en la noche? _____ horas
- ¿Cuántas horas duran las siestas de su hijo(a) a lo largo del día? _____ horas
- ¿Su hijo(a) duerme toda la noche sin requerir una toma de leche? Sí No

Nutrición/ actividad física:

- ¿Cuánto líquido bebe su hijo(a)? _____ onzas por día. (Encierre en un círculo todos los que correspondan):
[leche materna] [fórmula para bebé] [leche entera] [otro]
- ¿Cuánto jugo toma su hijo(a) en 24 horas? _____ oz
- ¿Su hijo(a) come frutas y verduras al menos dos veces al día? Sí No
- ¿Su bebé toma o come 3 porciones diarias de alimentos ricos en calcio tales como leche, leche de soya, queso, yogur o tofu? Sí No
- ¿Su hijo(a) come alimentos con alto contenido de grasa tales como alimentos fritos, papas fritas, helado o pizza más de una vez por semana? No Sí
- ¿Su hijo(a) bebe refrescos (sodas), bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas endulzadas? No Sí
- ¿Su hijo(a) come carne (tal como pollo, pescado, carne roja o carne de cerdo)? Sí No
- ¿Su hijo(a) juega de manera activa la mayoría de los días de la semana? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre el peso o la alimentación de su hijo(a)? No Sí

Evacuaciones:

- ¿Su hijo(a) evacúa de manera regular con una consistencia normal (blanda)? Sí No

Por favor, enumere todos los medicamentos o suplementos que su hijo(a) está tomando: _____

¿Quién vive en casa con su hijo(a)? _____

¿Quién proporciona cuidados a su hijo(a) durante el día? _____

Por favor, enumere cualquier nuevo problema médico familiar importante: _____

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?

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

Firma: _____ Fecha: _____

<i>Uso exclusivo de la clínica</i>	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"/> Paciente rechazó SHA </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:	

Ver: 6-26-14