

Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 18 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) comer por sí mismo(a) con una cuchara? Sí No
- ¿Su hijo(a) dice al menos 4 a 10 palabras? Sí No
- ¿Su hijo(a) entiende y sigue órdenes sencillas? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) caminar bien, correr y trepar? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) señalar 4 a 6 partes de su cuerpo cuando se le pregunta? Sí No
- ¿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 cómo escucha o habla su hijo(a)? No Sí
- ¿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:

- ¿Ayuda a su hijo(a) a cepillarse sus dientes y usar hilo dental todos los días? Sí No
- ¿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
- ¿Tiene su hijo(a) un dentista? Sí No



Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:

¿Su hijo(a) ve televisión, juega videojuegos o usa un teléfono inteligente o tableta?	No	Sí	N/A
¿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 se queda con su hijo(a) cuando él/ella está en la tina de baño?	Sí	No	
¿Pasan usted y su hijo tiempo cerca de una piscina, río o lago?	No	Sí	
De ser sí, ¿está siempre supervisado?	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	Omitir
De ser sí, ¿están las pistolas guardadas en armario bajo llave, o candado y separadas las armas de las municiones?		Sí	No
¿Su hijo(a) usa un casco cuando anda en triciclo u otro móvil con ruedas?	Sí	No	N/A
¿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	

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

¿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 hijo(a) en la noche? _____ horas

¿Cuántas horas duran las siestas de su hijo(a) a lo largo del día? _____ horas

Nutrición/actividad física:

¿Cuánta leche toma su hijo(a)? _____ onzas por día. Tipo de leche: [leche materna]
 [leche entera] [otro tipo de leche]

¿Cuánto jugo toma su hijo(a)? _____ onzas por día

¿Su hijo(a) bebe de un biberón o necesita un chupón? No Sí

¿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, bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas endulzadas? No Sí

¿Su hijo(a) ingiere alimentos ricos en hierro (tales como carne, huevos, cereales fortificados con hierro o frijoles)? Sí No

¿Algunas veces tiene dificultades para proveer a la familia? No Sí

¿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)? _____

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

¿Quién cuida de él 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?

Firma: _____ Fecha: _____

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature	Print Name:			Date:	

Ver: 5/1/15