

## Revisión de niño sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 2 años

### 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) patear una pelota? Sí    No

¿Puede su hijo(a) brincar en el mismo lugar (brincar con ambos pies en el aire)? Sí    No

¿Su hijo(a) dice más de 50 palabras? Sí    No

¿Su hijo(a) usa pronombres (yo, mí, tú)? Sí    No

¿Su hijo(a) entiende instrucciones? Sí    No

¿Su hijo(a) imita los quehaceres del hogar? Sí    No

¿Puede su hijo(a) correr, trepar, subir y bajar escaleras caminando? Sí    No

¿Su hijo(a) sabe 6 o más partes de su cuerpo? Sí    No

¿Su hijo(a) muestra interés en aprender a ir al baño? Sí    No

¿Usted y su hijo(a) leen juntos todos los días? 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



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	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 niño 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 la silla de seguridad orientada hacia adelante 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 todas las pistolas guardadas en armario bajo llave o candado y separadas todas las pistolas 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 hijo(a) 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 \_\_\_\_\_

**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

**Evaluación de riesgo para perfil de lípidos anormal (tal como colesterol alto):**

- ¿Alguno de los padres o abuelos de su hijo(a) padece una cardiopatía significativa a los 55 años de edad o antes (ataque cardíaco, derrame cerebral, angioplastia, angina de pecho o cirugía de bypass)? No   Sí
- ¿Uno de los padres del niño(a) tiene un nivel de colesterol de 240 o más? 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:**

- ¿Toma leche su hijo(a)? (encierre en un círculo todos los que correspondan):  
[leche materna] [leche entera] [otro tipo de leche]\_\_\_\_\_
- ¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo(a) al día? \_\_\_\_\_ oz
- ¿Cuánto jugo toma su hijo(a) en 24 horas? \_\_\_\_\_ oz
- ¿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 hijo(a) 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

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

¿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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<i><b>Clinic Use Only</b></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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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:	