

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

Historial de intervalos:

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

Desarrollo:

- ¿Puede su hijo(a) lanzar una pelota por arriba del nivel de la cabeza? Sí No
- ¿Puede su hijo brincar en el suelo (saltar con los dos pies del piso)? Sí No
- ¿Su hijo(a) dice más de 150 palabras? Sí No
- ¿Su niño usa pronombres (yo, mi, tú)? Sí No
- ¿Cuándo su hijo habla, la mayoría de la gente le puede entender al menos el 50% de lo que dice? Sí No
- ¿Su niño entiende las instrucciones? Sí No
- ¿Su hijo imita las tareas domésticas, del hogar? Sí No
- ¿Puede su hijo(a) correr, trepar y subir y bajar escaleras? Sí No
- ¿El niño muestra interés en entrenamiento para ir al baño (dejar los pañales)? Sí No
- ¿Usted y su niño leen juntos diariamente? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre la vista de su hijo(a)? Sí No
- ¿Los ojos de su hijo(a) parecen inusuales o bizcos, a la deriva o parecen vagar? Sí No
- ¿Los párpados de su hijo(a) se caen o un párpado tiende a cerrarse? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre cómo oye su hijo(a)? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo(a)? Sí No

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 sé
- Si no es así, ¿su hijo(a) toma un suplemento de fluoruro? Sí No N / C
- ¿Tiene su hijo(a) un dentista? Sí No

Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:

- ¿Su hijo(a) ve televisión, juega videojuegos o usa



Nombre de paciente / fecha de nacimiento

un teléfono inteligente o tableta?			No	Sí
¿Su hogar tiene un detector de humo en funcionamiento?	Sí	No		
¿Ha bajado la temperatura del agua en casa hasta caliente-bajo (menos de 120 grados)?	Sí	No	N / C	
¿Si su hogar tiene más de un piso, ¿tiene guardas de seguridad instaladas en las ventanas y puertas en las escaleras?			Sí	No N / C
¿Su hogar tiene los materiales de limpieza/medicinas/cerillas en un lugar cerrado bajo llave?			Sí	No
¿En su hogar se encuentra el número del Centro de Control de Envenenamiento (800-222-1222) (800-222-1222) posted by your phone?	Sí	No		
¿Siempre se queda con su hijo(a) cuando él/ella está en la tina de baño?	Sí	No		
¿Usted y su niño pasan tiempo cerca del agua (una piscina, río o lago)?	No	Sí		
Si es así, ¿está su hijo siempre supervisado?	Sí	No	N / C	
¿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 N / C
¿Su niño usa un casco al montar en un triciclo o cualquier cosa con ruedas?			Sí	No N / C
¿Su bebé pasa tiempo con una persona que fuma?			Sí	No

Evaluación de riesgo de exposición al plomo:

¿Su hijo participa en cualquier programa de apoyo público (Medi-Cal, CHDP, Healthy Families, WIC)?			Sí	No
¿Su hijo(a) vive o visita con regularidad una casa o guardería construida antes de 1950?			Sí	No
¿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 remodelado (en los últimos 6 meses)?			Sí	No
¿Su hijo(a) tiene hermanos o compañeros de juego que padecen o han padecido				

Nombre de paciente / fecha de nacimiento

envenenamiento por plomo?	Sí	No
¿Su hijo(a) toma algún remedio o suplemento importados?	Sí	No

Evaluación del riesgo de perfil lipídico anormal (como colesterol):

¿Alguno de los padres o abuelos de su hijo tuvieron enfermedad cardíaca a los 55 años o antes, (ataque al corazón, accidente cerebrovascular, angioplastia, angina de pecho o cirugía bypass)?	Sí	No
¿Alguno de los padres del niño tienen colesterol de 240 o más?	Sí	No

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

¿Qué tipo de leche le da a su hijo? (haga un círculo alrededor de su respuesta)	[entera] [2%] [Sin grasa] [otros]
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo por día?	___ oz
¿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 niño bebe o come al menos 3 porciones de alimentos ricos en calcio todos los días, tal como leche, leche de soja, queso, yogur o tofu?	Sí No
¿Su hijo come alimentos ricos en grasas como frituras, chips, helado o pizza más de una vez por semana?	Sí No
¿Su hijo(a) bebe refrescos, bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas endulzadas?	Sí No
¿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?	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)?	Sí No

Excreción:

¿Su niño tiene deposiciones normales (blandas) de manera regular?	Sí	No
---	----	----

Nombre de paciente / fecha de nacimiento

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

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

¿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 preocupación sobre el desarrollo del bebé, o tiene alguna inquietud que quiera mencionarle al proveedor/a?

FIRMA _____

Clinic Use Only	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.5-7-15