

Nombre de paciente / fecha de nacimiento

Revisión de niño sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 3 años de edad

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?

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? ¿Brincar del suelo?

Sí No

¿Puede su hijo(a) pedalear en un triciclo?

Sí No No sé

¿Su hijo(a) habla en oraciones (3 palabras o más)?

Sí No

¿Su hijo(a) usa plurales (carros, pelotas, etc.)?

Sí No

¿Su hijo(a) entiende conceptos tales como frío, cansado, hambre?

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 hijo(a) sabe su nombre, edad y género?

Sí No

¿Su hijo(a) empieza a decir el alfabeto?

Sí No

¿Su hijo identifica varios colores?

Sí No

¿Puede su hijo(a) ayudar con vestirse solo(a), cepillarse los dientes?

Sí No

Su hijo(a) alterna sus pies cuando sube las escaleras?

Sí No

¿Puede su hijo(a) copiar un círculo y una cruz (+)?

Sí No

¿Su hijo sabe usar el inodoro?

Sí No

¿Usted y su niño leen juntos diariamente?

Sí No

¿Tiene alguna inquietud sobre la vista de su hijo(a)?

No Sí

¿Tiene alguna inquietud sobre cómo oye su hijo(a)?

No Sí

¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo(a)?

No Sí

Salud dental:

¿Ayuda a su hijo(a) a cepillarse sus dientes y usar hilo dental todos los días?

Sí No

¿Tiene su hijo(a) un dentista?

Sí No

¿La fuente principal de agua de su hijo(a) contiene fluoruro?

Sí No No sé

Si no es así, ¿da a su hijo(a) un suplemento de fluoruro?

Sí No N / C



Nombre de paciente / fecha de nacimiento

Mantenerse sano/seguridad/exposición al tabaco:

¿Su hijo(a) ve televisión, juega videojuegos o usa una tableta por más de 2 horas al día?	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 en las ventanas?	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) cerca de su teléfono?	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 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 las pistolas guardadas en armario bajo llave, o candado y separadas las armas de las municiones?			Sí	No	N / C
¿Su hijo(a) usa un casco cuando anda en triciclo, bicicleta o monopatín?			Sí	No	N / C
¿Alguna vez su hijo(a) ha sido testigo o víctima de abuso o violencia?			No	Sí	
¿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 remodelado (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

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 sé

- ¿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

Sueño:

- ¿Cuántas horas duerme su hijo(a) en la noche? ___ horas
- ¿Cuántas horas de siestas duerme 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? No Sí

- ¿Su hijo(a) bebe refrescos, bebidas deportivas, bebidas energéticas u otras bebidas endulzadas más de una vez a la semana? 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

Nombre de paciente / fecha de nacimiento

Excreción:

¿Su hijo 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 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: _____ 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:	