

Nombre del Niño _____ Edad del Niño _____ Fecha _____

Persona que completa el formulario _____ Relación con el paciente _____

¿Su hijo ha padecido alguna enfermedad, hospitalización o cirugía desde su última visita? (SI) (NO)

Nutrición:	Si	No
¿Su hijo está bebiendo leche entera, con un máximo de 20 onzas por día?	()	()
¿Su hijo ya ha dejado el biberón?	()	()
¿El jugo o las bebidas azucarados están limitadas a 0 o 1 porción por día?	()	()
¿Su hijo come una variedad de frutas/vegetales/leche/carne?	()	()
¿Su hijo toma regularmente un suplemento que contenga vitamina D?	()	()
En promedio, ¿su hijo come comida rápida una o más veces por semana?	()	()

Historial Familiar y Social:	Si	No
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?	()	()
¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)?	()	()

Factores Preventivos de Salud/Riesgo:	Si	No
¿A cuántas horas de televisión o videos está expuesto su hijo por día? _____	()	()
¿Su hijo siempre viaja en un asiento para coche, en el asiento trasero, mirando hacia atrás?	()	()
¿Usted, alguien que cuida de su hijo, o alguien en su casa fuma?	()	()
¿Su hijo ha tenido contacto cercano con alguna persona que sufra de tuberculosis (TB), o que esté en alto riesgo de tuberculosis (personas provenientes de África, Asia, América Latina, países del Caribe, cárcel, usuario de drogas IV, VIH positivo)?	()	()
¿Su calentador de agua está ajustado a menos de 120 grados?	()	()

Salud Bucal:	Si	No
¿Ya encontró un dentista para su hijo?	()	()

Salud Conductual/Mental:	Si	No
¿Su hijo tiene una rutina de sueño regular?	()	()
¿Su hijo duerme bien, sin roncar?	()	()
¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo, desarrollándose y comportándose?	()	()
¿Está usted interesado/a en inscribir a su hijo en la guardería?	()	()
• En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para encontrar un programa adecuado?	()	()

Vigilancia del Desarrollo:

Desarrollo Social/Emocional:	Si	No
¿Su hijo se despide moviendo la mano?	()	()
¿Su hijo intenta hacer lo que usted hace?	()	()
¿Su hijo llora cuando usted se va?	()	()
¿Su hijo juega a las escondidas?	()	()
¿Su hijo le da un libro para leer?	()	()

Desarrollo Comunicativo:	Si	No
¿Su hijo dice 1 o 2 palabras?	()	()
¿Su hijo intenta hacer los mismos sonidos que usted hace?	()	()
¿Su hijo mira las cosas que usted está mirando?	()	()

Desarrollo Cognitivo:	Si	No
¿Su hijo sigue instrucciones simples?	()	()

Desarrollo Físico:	Si	No
¿Su hijo golpea juguetes uno contra otro?	()	()
¿Su hijo se estira para ponerse de pie?	()	()
¿Su hijo se pone de pie por sí mismo?	()	()