

Cuestionario pre-consulta: 12 meses de edad

Instrucciones: Favor de contestar las siguientes preguntas respecto a su hijo(a); marque con círculo o con una X la elección correcta. Esto nos ayuda a valorar la salud, desarrollo y seguridad de su hijo(a).

Salud en general

1	¿Tiene alguna inquietud acerca de la salud de su niño?	NO	SÍ
2	¿Tiene usted alguna pregunta sobre cómo disciplinar al niño?	NO	SÍ
3	¿Ha tenido el(la) niño(a) problemas con sus vacunas o inyecciones?	NO	SÍ
4	¿Recibe atención médica de alguien aparte de un doctor en medicina (es decir, acupunturista, herborista, o naturópata)?	NO	SÍ

Repaso de sistemas

5	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido auditivo del niño?	NO	SÍ
6	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido de la vista del niño?	NO	SÍ
7	¿Tiene el niño a veces apariencia de bizco?	NO	SÍ

Alimentación / Nutrición

8	¿Está tomando leche de pecho?	SÍ	NO
	a. ¿Con cuántas frecuencia?		
9	¿Está el niño tomando leche o fórmula bien?	SÍ	NO
	a. ¿Qué clase de leche o fórmula?		
	b. ¿Cuánta leche al día?		
10	¿Está recibiendo el niño tres comidas al día (alimento sólido)?	SÍ	NO
11	¿El niño se está alimentando a sí mismo?	SÍ	NO
12	¿Puede beber el niño de una tacita tipo sippy cup?	SÍ	NO
13	¿Le está quitando poco a poco el biberón?	SÍ	NO
14	¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas?	NO	SÍ
15	¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento?	SÍ	NO

Higiene bucal

16 ¿Tiene un dentista para el niño?	SÍ	NO	
Si su hijo no ha comenzado a ver a un dentista regularmente , responda las siguientes preguntas (#17-20):			
17 ¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	NO	SÍ	
18 ¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día?	NO	SÍ	
19 ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURA
20 ¿Le cepilla los dientes a su hijo con una pasta de dientes que contenga flúor (del tamaño de un grano de arroz) dos veces al día?	SÍ	NO	

Eliminación

21 ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)?	NO	SÍ
---	----	----

Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla

22 ¿Pasa el niño con cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
23 ¿Juega con su hijo y le lee todos los días?	SÍ	NO
24 ¿Se sienta en el piso y juega con su niño todos los días?	SÍ	NO

Sueño

25 ¿Duerme el niño a lo largo de toda la noche?	SÍ	NO
26 ¿Tiene usted una rutina con el niño para la hora de acostarse?	SÍ	NO

Estresores sociales

27 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
28 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
29 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES

Desarrollo

30 ¿Balbucea el niño, copia palabras que dice usted, y hace ruiditos vocales?	SÍ	NO
31 ¿Habla el niño una o dos palabras?	SÍ	NO
32 ¿Puede el niño acatar instrucciones simples?	SÍ	NO
33 ¿Le da el niño a usted un libro para leer?	SÍ	NO
34 ¿Hace el niño "adiosito" con la mano y juega esconde la cara?	SÍ	NO
35 ¿Golpea el niño algunos juguetes contra sí mismos?	SÍ	NO
36 ¿Come el niño alimentos que agarra entre el pulgar e índice (pinza)?	SÍ	NO
37 ¿Camina el niño bien ya sea solo tomado de una mano?	SÍ	NO
38 ¿Puede el niño arrastrarse para subir escalones?	SÍ	NO

Plomo

39 ¿Está normalmente el niño en una casa construida antes de 1978?	NO	SÍ
a. ¿Hay indicios de pintura reseca que se esté desmoronando, o ha habido remodelación reciente?	NO	SÍ
40 ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo?	NO	SÍ

Seguridad

41 ¿Se mantiene usted lo suficientemente cerca para poder tocar al bebé cuando éste se encuentra en el baño?	SÍ	NO	
42 ¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas o tienen barreras?	SÍ	NO	
43 ¿Lleva el niño puesto alguna vez joyería (incluso collares)?	NO	SÍ	
44 ¿Tiene cerco de seguridad en los escalones?	SÍ	NO	NO APLICA
45 ¿Está ajusto el colchón de la cuna en su posición más baja?	SÍ	NO	
46 ¿Lleva usted líquidos calientes cerca del bebé?	NO	SÍ	
47 ¿Viaja el niño en un asiento de seguridad con vista hacia atrás y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
48 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
49 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO	
50 Si su hijo tiene la piel clara, ¿se aplica protector solar si está afuera al sol durante más de 15 a 30 minutos?	SÍ	NO	NO APLICA
51 ¿Mantiene alejadas del niño las bolsas de plástico y globos de látex?	SÍ	NO	
52 ¿Mantiene el calentador de agua por debajo de los 120 grados F?	SÍ	NO	
53 ¿Tiene colocadas barreras alrededor de calentadores de cuarto, estufas de leña, etc.?	SÍ	NO	
54 ¿Tiene todos los limpiadores de casa, químicos y medicinas bajo llave?	SÍ	NO	
55 ¿Tiene usted el número de teléfono del centro de envenenamiento?	SÍ	NO	
56 ¿Hay una alberca, piscina, o lago cerca de su casa?	NO	SÍ	
a. Si es así, ¿está asegurado para que su hijo no pueda acceder?	SÍ	NO	NO APLICA
57 ¿Hay alguna arma en la casa?	NO	SÍ	
a. En caso afirmativo (Sí), ¿está encerrada en una caja fuerte, con las municiones almacenadas por separado?	SÍ	NO	NO APLICA

Tuberculosis

58 ¿Ha padecido tuberculosis (TB) uno de sus familiares o contactos?	NO	SÍ
59 ¿Ha resultado positivo alguna vez uno de sus familiares con la prueba de piel (PPD)?	NO	SÍ
60 ¿Nació el niño en un país de alto riesgo (que no son EE.UU., Canadá, Australia, o Europa occidental)?	NO	SÍ

61 ¿Ha viajado el niño a algún país de alto riesgo durante más de un mes?	NO	SÍ
---	----	----