Cuestionario pre-consulta: 15 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	¿Ha tenido el(la) niño(a) problemas con sus vacunas o inyecciones?	NO	SÍ

Repaso de sistemas

3	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido auditivo del niño?	NO	SÍ
4	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido de la vista del niño?	NO	SÍ

Alimentación / Nutrición

5	¿Está el niño tomando leche o fórmula bien?	SÍ	NO
	a. ¿Qué clase de leche o formula?		
	b. ¿Cuánta leche al día?		
6	¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	SÍ	NO
7	Cuando su hijo come granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?	SÍ	NO
8	¿Le mantiene usted alejados los alimentos con lo que se pudiera atragantar (verdura cruda, nueces, hot dogs, palomitas)?	SÍ	NO
9	¿Aún toma el niño del biberón?	NO	SÍ
10	¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas?	NO	SÍ
11	¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento?	NO	SÍ

Higiene bucal

12 ¿Tiene un dentista para el niño?	SÍ	NO
-------------------------------------	----	----

Eliminación

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

Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla

14 ¿Pasa el niño con cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
15 ¿Juegas con tu hijo todos los días?	SÍ	NO
16 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO

Sueño

17 ¿Duerme el niño a lo largo de toda la noche?	SÍ	NO
18 ¿Tiene usted una rutina con el niño para la hora de acostarse?	SÍ	NO
19 ¿Se queda dormido el niño por su propia cuenta (por sí solo)?	SÍ	NO

Desarrollo (Si va a llenar el Cuestionario de edades y etapas (ASQ), favor de saltearse esta sección)

20 ¿Conoce el niño al menos una parte del cuerpo?	SÍ	NO
21 ¿La trae el niño algo para mostrárselo?	SÍ	NO
22 ¿Hace el bebé ruiditos de balbuceo?	SÍ	NO
23 ¿Puede el niño hablar 4-5 palabras claramente?	SÍ	NO
24 ¿Puede el niño acatar instrucciones simples?	SÍ	NO
25 ¿Camina bien el niño?	SÍ	NO
26 ¿Logra el niño hacer garabatos?	SÍ	NO
27 ¿Copia el niño lo que hace usted?	SÍ	NO

Estresores sociales

28 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
29 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
30 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
31 ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos?	NO	SÍ	

Comportamiento

32 ¿Tiene alguna pregunta sobre comportamiento u cómo disciplinar al niño?	NO	SÍ
33 ¿Elogia al niño cuando él (ella) hace algo bien?	SÍ	NO

Seguridad

SÍ	NO	
NO	SÍ	
SÍ	NO	NO APLICA
NO	SÍ	
SÍ	NO	NO APLICA
SÍ	NO	
	NO SÍ SÍ SÍ SÍ NO SÍ	NO SÍ SÍ NO

Plomo

43 ¿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
44 ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo?	NO	SÍ