



Examen de Niño Sano: Visita de 12 meses

Nombre de su hijo(a): _____

¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento, aprendizaje o el desarrollo de su hijo(a)? Por favor describa:

¿Toma su bebé algún medicamento(s), suplemento(s) o vitamina(s)?

Por favor indique.

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su bebé tiene alergias a la comida o medicamentos? Por favor indique.

☐ No

☐ Sí: _____

¿Le preocupa la audición/visión de su bebé?

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su bebé ve a algún especialista fuera de ORP?

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su agua contiene fluoruro? (El agua de la ciudad contiene fluoruro)

☐ Sí

☐ No

Cernimiento de Tuberculosis:

¿Su hijo ha tenido contacto con una persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que ha tenido un resultado positivo de tuberculosis?

☐ No

☐ Sí

¿Su hijo o algún miembro de su hogar nació o viajó a un país de alto riesgo?

☐ No

☐ Sí

(Esto incluye a los países de África, Asia, Latinoamérica, o Europa del Este)

Nutrición:

¿Qué tipo(s) de leche está bebiendo su hijo? ☐ Leche Entera ☐ Leche Materna ☐ Fórmula ☐ Otro _____

¿Ha comenzado alguna transición a vaso para niños?

☐ Sí

☐ No

¿Consumen de 2 a 3 porciones de lácteos al día (8 onzas de leche = 1 porción)?

☐ Sí

☐ No

¿Están bebiendo MÁS de 24 onzas de fórmula/leche al día?

☐ No

☐ Sí

¿Comen comidas ricas en hierro cada día?

(carne, frijoles, vitaminas del hierro, cheerios/cereales)

☐ Sí

☐ No

Desarrollo: ¿Tu bebé...

Juega a chocarle las manos?	Sí	No
Dice adiós con la mano?	Sí	No
Llama a mamá o papá?	Sí	No
Entiende la palabra "no" al mostrar una breve pausa?	Sí	No
Pone algo dentro de otra cosa, como un bloque en un vaso?	Sí	No

Si te ve escondiendo un juguete, lo intenta buscar?	Sí	No
Se levanta de pie al agarrarse de algo?	Sí	No
Camina agarrándose a los muebles?	Sí	No
Toma de un vaso sin tapa mientras lo sostienes?	Sí	No
Recoge cosas entre el dedo pulgar y el índice?	Sí	No

Vida Social:

¿Quién vive en casa con su hijo? _____

Son los padres: soltero casado divorciado separado viudo

¿Quién cuida de su hijo durante el día? _____

¿Han habido cambios importantes en la vida de su bebé o de su familia? ☐ No ☐ Sí: _____

¿Tiene planes de viaje internacional antes del segundo cumpleaños de su hijo con su hijo?

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Si su bebé tiene dientes, ¿se cepilla 2 veces al día con pasta dental con fluoruro?	Sí	No
¿Su hijo intenta comer solo con una cuchara?	Sí	No
¿Le ofreces a su hijo comidas pequeñas o duras como cacahuete o palomitas de maiz?	No	Sí
¿Le ofrece a su hijo comidas redondas como hot dogs, zanahorias crudas, uvas enteras o tomates?	No	Sí
¿Su hijo decide qué y cuánto comer?	Sí	No
¿Comen verduras y frutas?	Sí	No
¿Están ofreciendo comidas ricas en proteínas, como huevos, frijoles, carne, pollo o pescado?	Sí	No
¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas?	No	Sí
Si su hijo está molesto, ¿ayuda a distraerlo con otra actividad, libro o juguete?	Sí	No
¿Su familia saca tiempo regularmente para leer, jugar y hablar juntos?	Sí	No
¿Hay un televisor, una computadora, una tableta, o un teléfono prendido cuando su bebé está en el cuarto?	No	Sí
¿Comes en familia?	Sí	No

¿Su hijo tiene horarios regulares para comer?	Sí	No
¿Tiene rutinas regulares para la siesta y la hora de acostarse, como leer libros y cepillarse los dientes?	Sí	No
¿Su bebé está sujetado de forma segura en una silla de niños en el carro? ¿Está orientada mirando hacia atrás en el asiento trasero?	Sí	No
¿Tiene un portón en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	Sí	No
¿El colchón de la cuna de su hijo está puesto en la posición más baja para evitar caídas?	Sí	No
¿Mantiene los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos encerrado y fuera de la vista y el alcance de su bebé?	Sí	No
¿Todos sus enchufes eléctricos tienen cubiertas?	Sí	No
¿Mantiene los objetos afilados, las bolsas de plástico y los cables eléctricos o de cortinas fuera del alcance de su hijo?	Sí	No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	Sí	No
¿Sus televisores, estanterías y vestidores están asegurados a la pared para que no se puedan caer y lastimar a su hijo?	Sí	No
¿Siempre te mantienes al alcance de tu bebé cuando está en el cambiador, en la cama o cerca del agua?	Sí	No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en o cerca de su casa?	No	Sí
¿Es la vivienda permanente una preocupación para usted?	No	Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su bebé, como una cuna, una silla para niños en el carro y pañales?	Sí	No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente y electricidad?	Sí	No
¿Tiene seguro médico para usted y su bebé?	Sí	No
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó si su comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?	No	Sí
¿Su pareja o alguien importante en su vida alguna vez le ha golpeado, pateado o empujado, o la ha lastimado físicamente a usted o al bebé?	No	Sí