OBERLIN ROAD PEDIATRICS

Examen de Niño Sano: Visita de 15 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

Nutrición:

¿Qué tipo(s) de leche está bebiendo su hijo? □ Leche Entera □ Leche Materna □ Fórmula □ Otro_____

¿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
¿Su hijo ha dejado completamente el biberón?	□ Sí	□ No
¿Comen comidas ricas en hierro cada día? (carne, frijoles, vitaminas del hierro, cheerios/cereales)	□ Sí	□ No

Desarrollo: ¿Tu bebé…

Copia a otros niños mientras juega, como sacar juguetes de un recipiente cuando otro niño lo hace?	Sí	No
Te muestra un objeto que le gusta?	Sí	No
Aplaude cuando está emocionado?	Sí	No
Abraza una muñeca de peluche u otro juguete?	Sí	No
Te muestra afecto (te abraza o te besa)?	Sí	No
Intenta decir 1 o 2 palabras además de mamá o papa?	Sí	No
Mira un objeto familiar cuando lo nombras?	Sí	No

Sigue las instrucciones que se le dan con un gesto o con palabras? Por ejemplo, ¿te da un juguete cuando extiendes la mano y dices: "Dame el juguete"?	Sí	No
Señala para pedir algo o para pedir ayuda?	Sí	No
Trata de usar las cosas de la manera correcta, como un teléfono, un vaso o un libro?	Sí	No
Pone un bloque encima del otro?	Sí	No
Da unos pasos solo?	Sí	No
Usa los dedos para comer solo?	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? _____

¿Su hijo señala cuando quiere algo y luego te mira para ver si lo vistes?	Sí	No
¿Tu bebé dice "adiós" con la mano?	Sí	No
¿Le habla, le canta y mira libros con su hijo todos los días?	Sí	No
¿Su hijo tiene una rutina regular a la hora de acostarse?	Sí	No
¿Su hijo usualmente duerme bien?	Sí	No
¿Su hijo tiene una cobija, un animal de peluche o un juguete con que le gusta dormir?	Sí	No
¿Tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en el cuarto de su hijo?	No	Sí
¿Su hijo tiene rabietas frecuentes?	No	Sí
Si su hijo está molesto, ¿ayuda a distraerlo con otra actividad, libro o juguete?	Sí	No
¿Felicitas a tu hijo cuando se porta bien?	Sí	No
¿Se cepilla los dientes 2 veces al día con pasta dental con fluoruro?	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

¿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
¿Mantienes los muebles alejados de las ventanas?	Sí	No
¿Tiene un portón en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	Sí	No
Si tiene una piscina, ¿tiene una verja alrededor?	Sí	No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa?	Sí	No
¿Tienen detectores de humo que funcionen en todos los pisos de la casa?	Sí	No
¿Prueban sus detectores de humo una vez al mes?	Sí	No
¿Le ofrece a su hijo una variedad de comida, incluyendo verduras, frutas y proteínas?	Sí	No
¿Deja que su hijo decida qué comer y cuánto?	Sí	No
¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas?	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