



Examen de Niño Sano: Visita de 2 años

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 hijo algún medicamento(s), suplemento(s) o vitamina(s)?

Por favor indique.

☐ No

☐ Sí: _____

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

☐ No

☐ Sí: _____

¿Le preocupa la audición/visión de su hijo?

☐ No

☐ Sí: _____

¿Su hijo ve a algún especialista fuera de ORP?

☐ No

☐ Sí: _____

Salud Dental:

¿Ha identificado un dentista para su hijo?

☐ Sí

☐ No

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

☐ Sí

☐ No

¿Su hijo ha dejado completamente el biberón?

☐ Sí

☐ No

¿Está cepillando los dientes de su hijo con pasta dental
fluorada 2 veces al día?

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

☐ No

☐ Sí

Cernimiento de Lípido:

¿Su hijo tiene padres, abuelos o tíos que han tenido un accidente
cerebrovascular o un problema cardíaco antes de los 55 años
(hombres) o 65 años (mujeres)?

☐ No

☐ Sí

¿Alguno de los padres de su hijo tiene un nivel de colesterol de 240+?

☐ No

☐ Sí

¿O toma medicamentos para el colesterol?

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

¿Comen comidas ricas en hierro cada día?

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

☐ Sí

☐ No

Desarrollo: ¿Tu hijo...

Se da cuenta cuando otros están heridos o molestos, como hacer una pausa o parecer triste cuando alguien está llorando?	Sí	No
Te mira a la cara para ver cómo reaccionar en una situación nueva?	Sí	No
Señala cosas de un libro cuando usted pregunta, por ejemplo, "¿Dónde está el oso?"?	Sí	No
Dice al menos 2 palabras juntas como "más leche"?	Sí	No
Señala al menos 2 partes del cuerpo cuando le pide que se lo muestre?	Sí	No
Usa más gestos además de simplemente saludar con la mano, como tirar un beso o asentir con la cabeza?	Sí	No
Sostiene algo con una mano mientras usa la otra, por ejemplo: ¿Sostener un envase y quitar la tapa?	Sí	No
Intenta usar botones en un juguete?	Sí	No
Juega con más de 1 juguete a la vez? Por ejemplo, poner comida de juguete en un plato de juguete?	Sí	No
Patea una pelota?	Sí	No
Corre?	Sí	No
Camina (no sube) algunas escaleras con o sin ayuda?	Sí	No
Come con cuchara?	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 hijo o de su familia? ☐ No ☐ Sí: _____

¿Tiene planes de viajar el próximo año con su hijo? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

¿Su hijo tiene maneras de decirle lo que quiere?	Sí	No
¿Lee/canta/habla con su hijo sobre lo que está viendo y haciendo?	Sí	No
¿Utiliza palabras sencillas para decirle a su hijo lo que tiene que hacer?	Sí	No
¿Le leen a su hijo o miran libros juntos todos los días?	Sí	No
¿Anima a los cuidadores a ser constantes, pacientes y tranquilos con su hijo?	Sí	No
¿Juegas con tu hijo todos los días para mostrarle cómo hacer actividad física?	Sí	No
¿Su hijo juega con otros niños?	Sí	No
¿Cuánto tiempo al día pasa su hijo viendo dispositivos/pantallas?	_____	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
¿Su hijo está interesado en usar el baño?	Sí	No
¿Su hijo le dice cuando ha defecado?	Sí	No
¿Su hijo se mantiene con un pañal seco durante aproximadamente 2 horas seguidas?	Sí	No
¿Su hijo sabe la diferencia entre estar mojado y seco?	Sí	No
¿Todos usan un cinturón de seguridad, asiento elevado o silla para niños de carro?	Sí	No
¿Su hijo usa un casco cuando anda en triciclo o en un asiento en la bicicleta de un adulto?	Sí	No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortacéspedes, entradas de vehículos, escaleras?	Sí	No
Si tiene una piscina, ¿tiene una verja alrededor?	Sí	No
¿Su hijo pasa tiempo en un lugar con un arma de fuego que no está guardada bajo llave?	No	Sí
¿Te sientes seguro en tu hogar?	Sí	No
¿Su pareja o alguien importante en su vida alguna vez le ha golpeado, pateado o empujado, o la ha lastimado físicamente a usted o a su hijo?	No	Sí

¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?	Sí	No
¿Su casa tiene suficiente calefacción/aire acondicionado, agua caliente, electricidad?	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
¿Usted u otros miembros de su familia consumen marihuana, cocaína, pastillas para el dolor o narcóticos?	No	Sí