



## Examen de Niño Sano: Visita de 3 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

### 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 calma dentro de 10 minutos después de que lo dejas solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Se da cuenta de otros niños y se une a ellos para jugar?	Sí	No
Habla con usted en una conversación usando al menos 2 intercambios de ida y vuelta?	Sí	No
Pregunta quién, qué, dónde o por qué. Por ejemplo "¿dónde está mamá/papá?"	Sí	No
Dice qué acción está sucediendo en una imagen cuando se le pregunta? Por ejemplo: el niño está comiendo, el niño está durmiendo, el perro está jugando.	Sí	No
Dice su nombre cuando se le pregunta?	Sí	No
Habla suficientemente bien como para que los demás lo entiendan la mayor parte del tiempo?	Sí	No
Dibuja un círculo cuando usted le muestra cómo hacerlo?	Sí	No
Evita tocar objetos calientes, como una estufa, cuando usted le advierte?	Sí	No
Sabe meter un cordón por el agujero de objetos pequeño, como cuentas de madera o agujeros de zapatos?	Sí	No
Sabe ponerse la ropa por sí solo, como pantalones o una chaqueta?	Sí	No
Usa un tenedor?	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?

\_\_\_\_\_

¿Está contento con el sueño de su hijo?	Sí	No
¿Tiene un horario regular para acostarse y comer?	Sí	No
¿Su hijo está completamente entrenado para ir al baño durante el día?	Sí	No
¿Los miembros de la familia son cariñosos y afectuosos entre sí?	Sí	No
¿Felicitas a tu hijo cuando se porta bien?	Sí	No
¿Tienes maneras de resolver disputas en tu familia?	Sí	No

¿Todos los que cuidan a su hijo establecen los mismos límites para su hijo?	Sí	No
¿Permite que su hijo tome decisiones, como qué ropa usar o qué libros leer?	Sí	No
¿Le ofrece a su hijo al menos 5 porciones de verduras o frutas al día?	Sí	No
¿Deja que su hijo decida qué comer y cuánto?	Sí	No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores o texturas?	Sí	No
¿Su hijo toma bebidas azucaradas cada día: jugos/sodas/bebidas deportivas?	No	Sí
¿Su hijo participa en juegos de fantasía con muñecas, animales de juguete o bloques?	Sí	No
¿Pasas tiempo con su hijo haciendo cosas que ambos disfrutan?	Sí	No
¿Su hijo tiene oportunidades de jugar con otros niños (en el parque o en la escuela)?	Sí	No
¿Ayudas a su hijo a aprender a tomar turnos?	Sí	No
¿Lee, canta canciones o juega juegos de palabras con su hijo todos los días?	Sí	No
¿Su hijo juega activamente durante al menos 1 hora al día?	Sí	No
¿Cuánto tiempo al día pasa su hijo viendo dispositivos/pantallas?	_____	No
¿Su hijo siempre está en un asiento de seguridad de 5 puntos en el asiento trasero del carro?	Sí	No
¿Cortas comida como las uvas y las salchichas en pedazos pequeños para evitar que se ahoguen?	Sí	No
Si tiene una piscina, ¿tiene una verja alrededor?	Sí	No
¿Siempre te mantienes al alcance de la mano de tu hijo cuando está en el agua?	Sí	No
¿Su hijo usa un chaleco salvavidas cuando está en un bote o en aguas abiertas?	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 y comunidad?	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
¿Hay alguien en la vida de su hijo a quien le preocupe el consumo de alcohol/drogas?	No	Sí