



Examen de Niño Sano: Visita de 6 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

☐ No

☐ Sí

o que ha tenido un resultado positivo de tuberculosis?

¿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:

¿Su bebé toma leche materna, formula fortificada con hierro o ambos? ☐ Leche Materna ☐ Fórmula ☐ Ambos

Si le está dando biberones a su bebé, ¿Cuántas onzas toma su hijo en 24 horas? _____

¿Tu bebé ha empezado a comer purés? ☐ Sí ☐ Todavía no

En caso afirmativo, marque con un círculo los alérgenos que ha probado:

lácteos huevo pescado trigo mantequilla de maní y mantequilla de nuez

Desarrollo: ¿Tu bebé...

Reconoce a personas conocidas?	Sí	No
Le gusta mirarse en el espejo?	Sí	No
Se ríe o hace chillidos?	Sí	No
Se turna para hacer sonidos contigo?	Sí	No
Saca la lengua y sopla?	Sí	No

Se lleva cosas a la boca para explorarlas?	Sí	No
Alcanza objetos?	Sí	No
Cierra los labios para mostrar que no quiere más comida?	Sí	No
Rueda de la barriga a la espalda?	Sí	No
Empuja hacia arriba con los brazos estirados cuando está boca abajo?	Sí	No
Se sienta solo o se sienta con ayuda de los brazos?	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 primer cumpleaños de su hijo con su hijo?

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

¿Está contento con el sueño de su hijo?	Sí	No
¿Alguien fuma o vapea en su casa?	No	Sí
¿Hay un televisor, una computadora, una tableta, o un teléfono prendido cuando su bebé está en el cuarto?	No	Sí
¿Tu bebé juega en una tableta, un teléfono o ve la televisión?	No	Sí
¿Tiene una rutina diaria para la alimentación, las siestas y la hora de acostarse?	Sí	No
¿Tu bebé está aprendiendo a dormirse solo?	Sí	No
¿Puede tu bebé calmarse?	Sí	No
¿Tienes formas de calmar a tu bebé cuando está llorando?	Sí	No
¿Usted y su bebé disfrutan de actividades tranquilas como leer, cantar o salir a caminar?	Sí	No
¿Siempre acuestas a tu bebé a dormir boca arriba?	Sí	No

¿El bebé siempre duerme en una cuna o moisés?	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
¿Está su calentador de agua configurado para que la temperatura sea igual o inferior a 120° F?	Sí	No
¿Siempre te mantienes al alcance de tu bebé cuando está en el cambiador, en la cama o cerca del agua?	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
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	Sí	No
¿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

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- ☐ Tanto como siempre
- ☐ No tanto ahora
- ☐ Mucho menos
- ☐ No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer:

- ☐ Tanto como siempre
- ☐ Algo menos de lo que solía hacer
- ☐ Definitivamente menos
- ☐ No, nada

3. * Me he culpado sin necesidad cuando las cosas andaban mal:

- ☐ Si, casi siempre
- ☐ Si, algunas veces
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- ☐ No, nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Si, a veces
- ☐ Si, a menudo

5. *He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- ☐ Sí, bastante
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No, no mucho
- ☐ No, nada

6. *Las cosas me oprimen o agobian:

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No, casi nunca
- ☐ No, nada

7. *Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, a menudo
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nada

8. *Me he sentido triste y desgraciada:

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nada

9. *He estado tan infeliz que he estado llorando:

- ☐ Sí, casi siempre
- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ Sólo ocasionalmente
- ☐ No, nunca

10. *He pensado en hacerme daño a mí misma:

- ☐ Sí, bastante a menudo
- ☐ Sí, a menudo
- ☐ Casi nunca
- ☐ No, nunca