

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de visita: _____

Actualizaciones Generales De Salud General Health Updates

¿Quién está llenando este formulario? <i>Who is completing this form?</i>	<input type="checkbox"/> Mamá <i>Mom</i> <input type="checkbox"/> Papá <i>Dad</i> <input type="checkbox"/> Otro <i>Other:</i>
¿Alguna pregunta, inquietud o problema, que quiera decirnos hoy? <i>Any questions, concerns, or problems you want to discuss today?</i>	
¿Alguna novedad sobre la salud del paciente? (nuevas condiciones, cirugías, etc.) <i>Any updates to the patient's health? (i.e. new conditions, surgeries, etc.)</i>	
¿Alguna información sobre la salud familiar y el estado familiar o social que debamos tener en cuenta? <i>Any family health, family status or social updates we should be aware of?</i>	
¿Alguna preocupación sobre su desarrollo, aprendizaje o comportamiento? <i>Any concerns about development, learning or behavior?</i>	
¿Quién vive con el paciente? <i>Who lives with the patient?</i>	
¿Ha estado expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico? <i>Any smoke or e-cigarette exposure?</i>	
¿Algo más que quiera compartir? (logros, momentos de orgullo, etc.) <i>Anything else you want to share? (milestones, proud moments, etc.)</i>	

Desarrollo Development

La siguiente sección se utiliza para asegurarse de que ellos se están desarrollando normalmente. Cada conjunto de logros generalmente es alcanzable en un 75% por los niños de la misma edad. Por favor, hable con su proveedor si tiene preguntas o inquietudes. *The following section is used to make sure they are developing normally. Each set of milestones are generally achievable by 75% of children of the same age. If you have questions/concerns, please talk to your provider.*

Si están cerca de las 2 SEMANAS , compruebe que cosas pueden hacer la mayor parte del tiempo: <i>If they are nearest 2 weeks:</i>	<input type="checkbox"/> Mueva todas las extremidades <i>Moves all extremities</i>	<input type="checkbox"/> Responda a los sonidos <i>Responds to sounds</i>
	<input type="checkbox"/> Preste atención a su cara <i>Pays attention to your face.</i>	
Si están cerca de las 4 SEMANAS , compruebe que cosas pueden hacer la mayor parte del tiempo: <i>If they are nearest 4 weeks:</i>	<input type="checkbox"/> Responde a los sonidos <i>Responds to sounds</i>	<input type="checkbox"/> Levanta la cabeza cuando este boca abajo <i>Lifts head when on tummy</i>
	<input type="checkbox"/> Le sigue con sus ojos <i>Follows you with their eyes</i>	<input type="checkbox"/> Le sonríe en respuesta a usted <i>Smiles in response to you</i>
	<input type="checkbox"/> Hace otros ruidos además de llorar <i>Makes noises other than crying</i>	
Si están cerca de los 2 MESES , compruebe que cosas pueden hacer la mayor parte del tiempo: <i>If they are nearest 2 months:</i>	<input type="checkbox"/> Hace sonidos que le dejan saber a usted que están felices o molestos <i>Makes sounds that let you know they are happy or upset</i>	<input type="checkbox"/> Reacciona a sonidos fuertes <i>Reacts to loud sounds</i>
	<input type="checkbox"/> Mueve ambos brazos y ambas piernas <i>Moves both arms and both legs</i>	<input type="checkbox"/> Le mira mientras usted se mueve <i>Watches you as you move</i>
		<input type="checkbox"/> Abre las manos brevemente <i>Opens hands</i>

Chequeo de Salud Infantil: 0-2 meses

briefly

Detección de riesgos de salud Health Risk Screening

Dependiendo de sus respuestas, las siguientes preguntas podrían ayudar a su proveedor a completar pruebas/exámenes adicionales. Si tiene preguntas con respecto a la detección de riesgos para la salud, hágaselas a su proveedor. *The following questions may prompt your provider to complete further testing, depending on the answer. Ask your provider if you have any questions about these Health screening questions.*

¿Algún problema con los ojos o la visión? *Do you have concerns about their eyes or vision?* Sí Yes No

¿Tiene alguna preocupación con respecto al oído? *Do you have concerns about their hearing?* Sí Yes No

Vida Familiar Family Life

¿Alguien en casa o en la familia tiene problemas con las drogas o el alcohol? *Does anyone in the home/family have problems with drugs or alcohol?* Sí Yes No Rechazar Decline

Nutrición Nutrition

¿Qué comen? *What are they eating?* Leche materna Breastmilk Formula Formula Ambas Both
 Otro Other:

Dormir Sleep

El sueño saludable es importante para el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje. Los bebés y niños pequeños pueden dormir de 15 a 18 horas al día, mientras que los niños en edad escolar deben dormir más de 10 horas al día. No recomendamos tener una pantalla en su dormitorio; ya que esto puede afectar su sueño. *Healthy sleep is important for growth, development, and learning. Infants and toddlers may sleep 15-18 hours in a day, while school-aged children should be getting more than 10 hours a day. We do not recommend having a screen in their bedroom as this can affect sleep.*

¿Dónde duermen? *Where do they sleep?* Cuna Crib Cama Bed Dormir-Juntos Co-sleep
 Otro Other:

¿Los pone a dormir boca arriba? *Do you put them to sleep on their back?* Sí Yes No

Seguridad Safety

¿Viaja el bebé en un asiento de seguridad en la parte de atrás del auto y mirando hacia atrás cada vez que está en el vehículo? *Is the baby riding in a rear-facing car safety seat in the backseat every time in a vehicle?* Sí Yes No