

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 debemos 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.

Si están cerca de los <b>4 MESES</b> , compruebe que cosas pueden hacer la mayor parte del tiempo: <i>If they are nearest 4 months, check the items they can do most of the time:</i>	<input type="checkbox"/> Mantiene la cabeza firme sin apoyo cuando usted los sostiene <i>Holds head steady without support when you are holding them</i> <input type="checkbox"/> Sostiene un juguete pequeño en su mano <i>Holds a small toy in their hand</i> <input type="checkbox"/> Se lleva las manos a la boca <i>Brings hands to mouth</i> <input type="checkbox"/> Se empuja hacia arriba sobre los codos/ antebrazos cuando está boca abajo o sobre el estómago <i>Pushes up onto elbows/forearms when on tummy</i> <input type="checkbox"/> Hace sonidos como "oooo", "aahh" (arrullo) <i>Makes sounds like "oooo", "aahh" (cooing)</i> <input type="checkbox"/> Le mira, se mueve o hace sonidos para llamar o mantener su atención <i>Looks at you, moves, or makes sounds to get or keep your attention</i>
Si están cerca de los <b>6 MESES</b> , compruebe las cosas que pueden ellos hacer la mayor parte del tiempo:	<input type="checkbox"/> Reconoce a las personas conocidas o familiares <i>Knows familiar people</i> <input type="checkbox"/> Alcanza a agarrar un juguete que ellos quieren <i>Reaches to grab a toy they want</i> <input type="checkbox"/> Se empuja hacia arriba con los brazos rectos cuando <input type="checkbox"/> Se turna para hacer sonidos con usted <i>Takes turns making sounds with you</i> <input type="checkbox"/> Se voltea de boca arriba a boca abajo <i>Rolls from tummy to back</i>

## Chequeo de Salud Infantil: 4-6 meses

está boca abajo *Pushes up with straight arms when on tummy*

### 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

¿Existen obstáculos que le impidan pasar tiempo interactuando con ellos cada día? *Are there barriers that prevent you from spending time each day interacting with them?*  Sí Yes  No

¿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:*

¿Tiene preguntas o inquietudes sobre qué y cómo comen? *Do you have concerns or questions about what or how they are eating?*  Sí Yes  No

### Salud Oral Oral Health

Actualmente, ¿hay alguien en casa que tenga caries? *Does anyone in the house have current dental decay/cavities?*  Sí Yes  No  No lo sé *Unknown*

¿Usan fluoruro adicional o beben agua que contiene fluoruro? *Do they take extra fluoride OR drink water that contains fluoride?*  Sí Yes  No  No lo sé *Unknown*

### 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