

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>	

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? <i>Do you have concerns about their eyes or vision?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación con respecto al oído? <i>Do you have concerns about their hearing?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No

Vida Familiar Family Life

¿Existen obstáculos que le impidan pasar tiempo interactuando con ellos cada día? <i>Are there barriers that prevent you from spending time each day interacting with them?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
¿Alguien en casa o en la familia tiene problemas con las drogas o el alcohol? <i>Does anyone in the home/family have problems with drugs or alcohol?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rechazar <i>Decline</i>

Nutrición Nutrition

¿Tiene preguntas o inquietudes sobre qué y cómo comen? <i>Do you have concerns or questions about what or how they are eating?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No
--	--

Chequeo de Salud Infantil: 9 meses

¿Beben jugos? Do they drink juice?

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

¿Le cepilla los dientes o las encías por lo menos dos veces al día? Do you brush their teeth or gums twice a day?

Sí Yes No

Si tienen dientes, ¿están interesados en aplicarse fluoruro durante esta visita? If they have teeth, are you interested in having fluoride varnish applied during this visit?

Sí Yes No Quizás Maybe

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

¿Tiene alguna preocupación sobre la cantidad o la calidad del sueño de ellos? Do you have any concerns about the amount or quality of their sleep?

Sí Yes No

Actividad / Tiempo Frente A La Pantalla Activity & Screen Time

¿El paciente pasa algún tiempo frente a una pantalla de TV, Teléfono, Videojuegos, etc.? Does the patient spend any time in front of a screen (TV, phone, video games, etc)?

Sí Yes No

Seguridad Safety

¿Ha completado los espacios del listado de Seguridad en el Hogar? Have you completed the items on the Home Safety Checklist?

Sí Yes No

¿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

¿Tiene preguntas sobre cómo mantenerlos seguros cuando están cerca del agua? Do you have questions about how to keep them safe around water?

Sí Yes No

¿Tiene preguntas sobre cómo demostrar un comportamiento seguro alrededor de mascotas y animales? Do you have any questions about how to demonstrate safe behavior around pets and animals?

Sí Yes No