

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.

<p>Si están cerca de los 12 meses, compruebe las cosas que pueden hacer la mayor parte del tiempo: <i>If they are nearest 12 months, check the items they can do most of the time:</i></p>	<input type="checkbox"/> Se levanta para pararse <i>Pulls up to stand</i> <input type="checkbox"/> Camina sosteniéndose de los muebles. <i>Walks holding on to furniture</i> <input type="checkbox"/> Recoge cosas entre el dedo pulgar y el dedo índice, como pedacitos de comida <i>Picks things up between thumb and pointer finger, like small bits of food</i> <input type="checkbox"/> Juega juegos con usted, como pat-a-cake o peek-a-boo <i>Plays games with you, like pat-a-cake or peek-a-boo</i>	<input type="checkbox"/> Dice "adiós" con las manos <i>Waves "bye-bye"</i> <input type="checkbox"/> Llama a su padre/madre "mamá" o "papá" u otro nombre especial <i>Calls a parent "mama" or "dada" or another special name</i> <input type="checkbox"/> Busca cosas que ellos ven que usted esconde, como un juguete debajo de una manta <i>Looks for things they see you hide, like a toy under a blanket</i>
<p>Si están cerca de los 15 meses, compruebe que cosas pueden hacer la mayor parte del tiempo: <i>If they are nearest 15 months, check the items they can do most of the time:</i></p>	<input type="checkbox"/> Trata de decir una o dos palabras además de "mamá" o "papá", como "ba" para pelota o "da" para perro <i>Tries to say one or two words besides "mama" or "dada," like "ba" for ball or "da" for dog.</i> <input type="checkbox"/> Mira a un objeto familiar cuando usted lo nombra <i>Looks at a familiar object when you name it</i> <input type="checkbox"/> Señala para preguntar por algo o para pedir ayuda <i>Points to ask for something or to get help</i>	<input type="checkbox"/> Da unos pasos por su cuenta <i>Takes a few steps on their own</i> <input type="checkbox"/> Le muestran a usted un objeto que les gusta <i>Shows you an object they like</i>

Chequeo de Salud Infantil: 12-18 meses

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.

¿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

¿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

¿Comen juntos en familia? *Do you eat together as a family?* Siempre Algunas veces Nunca

¿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

¿Les cepillas los dientes dos veces al día? *Do you brush their teeth twice a day?* Sí Yes No

¿Está interesado en aplicarse fluoruro durante esta visita? *Are you interested in having fluoride varnish applied during this visit?* Sí Yes No Quizás Maybe

¿Han ido al dentista? *Have they been to a dentist?* Sí Yes No

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.

¿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

Regularmente ¿usa bloqueador solar? *Do you use sunscreen regularly?* 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