

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. *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.*

<p>Si están cerca de los <b>24 meses</b>, 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: If they are nearest 24 months, check the items they can do most of the time:</i></p>	<input type="checkbox"/> Le mira a la cara para ver cómo reaccionar en una situación nueva <i>Looks at your face to see how to react in a new situation</i>	<input type="checkbox"/> Patea una pelota <i>Kicks a ball</i>
	<input type="checkbox"/> Dice por lo menos dos palabras juntas, como "más leche." <i>Says at least two words together, like "More milk."</i>	<input type="checkbox"/> Corre <i>Runs</i>
	<input type="checkbox"/> Trata de usar interruptores, perillas o botones en un juguete <i>Tries to use switches, knobs, or buttons on a toy</i>	<input type="checkbox"/> Camina (no trepa) algunas escalones con o sin ayuda <i>Walks (not climbs) up a few stairs with or without help</i> <input type="checkbox"/> Come con una cuchara <i>Eats with a spoon</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.

¿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
¿Tiene alguna preocupación por niveles bajos de hierro o anemia? <i>Do you have any concerns</i>	<input type="checkbox"/> Sí <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> No

## Chequeo de Salud Infantil: 24-30 meses

*about low iron levels or anemia?*

¿Tiene el paciente a alguno de sus padres con niveles altos de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que esté tomando medicamento para el colesterol? *Does the patient have a parent with elevated blood cholesterol level ( $\geq 240$  mg/dL) or who is taking cholesterol medication?*  Sí Yes  No  No lo sé Unknown

### 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

¿Tiene preguntas o inquietudes sobre el entrenamiento para ir usar el baño? *Do you have questions or concerns about toilet training?*  Sí Yes  No

### 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 más de dos horas al día frente a una pantalla que no está relacionada con el trabajo de la escuela? *Does the patient spend more than two hours a day in front of a screen that is not related to schoolwork?*  Sí Yes  No

### Seguridad Safety

¿Tiene preguntas sobre qué hacer cuando les queda pequeño el asiento de seguridad que usan cuando viajan en el vehículo? *Do you have any questions about what to do when they outgrow their current car safety seat?*  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

¿Usan casco cada vez que montan bicicleta, monopatín, patineta, esquí/snowboard? *Do they wear a helmet every time they ride a bike, scooter, skateboard, ski/snowboard?*  Sí Yes  No

¿Tiene preguntas sobre cómo demostrar un comportamiento seguro alrededor de mascotas y  Sí Yes  No

## Chequeo de Salud Infantil: 24-30 meses

---

**animales?** *Do you have any questions about how to demonstrate safe behavior around pets and animals?*

---