

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 los 3 años , compruebe las cosas que pueden hacer la mayor parte del tiempo <i>If they are nearest 3 years, check the items they can do most of the time:</i>	<input type="checkbox"/> Habla lo suficientemente bien como para que otros lo entiendan, al menos la mitad del tiempo. <i>Talks well enough for others to understand, at least half of the time</i> <input type="checkbox"/> Dibujan un círculo o una línea recta, cuando se les muestra como <i>Draws a circle or straight line, when you show them how</i> <input type="checkbox"/> Se ponen cierta ropa solos, como pantalones sueltos o una chaqueta <i>Puts on some clothes by themselves, like loose pants or a jacket</i>	<input type="checkbox"/> Usa un tenedor <i>Uses a fork</i> <input type="checkbox"/> Hace preguntas comenzando con "quién," "qué," "dónde," o "por qué," como "¿Dónde está mamá/papá?" <i>Asks questions beginning with "who," "what," "where," or "why", like "Where is mommy/daddy?"</i> <input type="checkbox"/> Dice que acción está sucediendo en una foto o en un libro cuando se le pregunta, como "correr," "comer," o "jugar" <i>Says what action is happening in a picture or book when asked, like "running," "eating," or "playing"</i>
Si están cerca de los 4 años , compruebe las cosas que pueden hacer la mayor parte del tiempo:	<input type="checkbox"/> Finge ser otra cosa mientras juega (maestro, super héroe, perro) <i>Pretends to be something else during play (teacher, superhero, dog)</i> <input type="checkbox"/> Evita el peligro, como no saltar desde grandes alturas en el parque infantil <i>Avoids danger, like not jumping from tall heights at the playground</i>	<input type="checkbox"/> Nombra algunos colores de objetos <i>Names a few colors of items</i> <input type="checkbox"/> Dice lo que va a pasar en una historia bien conocida <i>Tells what comes next in a well-known story</i> <input type="checkbox"/> Dibuja a una persona con tres o más partes del cuerpo <i>Draws a person with three or more body parts</i>

Chequeo de Salud Infantil: 3-4 años

(Si están cerca de los 4 años)	<input type="checkbox"/> Dice oraciones con cuatro o más palabras <i>Says sentences with four or more words</i>	<input type="checkbox"/> Atrapa una pelota grande la mayor parte del tiempo <i>Catches a large ball most of the time</i>
	<input type="checkbox"/> Habla lo suficientemente bien como para que otros lo entiendan, la mayoría de las veces <i>Talks well enough for others to understand, most of the time</i>	<input type="checkbox"/> Sostiene un crayón o lápiz entre los dedos y el pulgar (no con un puño) <i>Holds crayon or pencil between fingers and thumb (not a fist)</i>
	<input type="checkbox"/> Dice algunas palabras de una canción, cuento o canción infantil <i>Says some words from a song, story, or nursery rhyme</i>	<input type="checkbox"/> Puede pedalear un triciclo <i>Can pedal a tricycle</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? *Do you have concerns about their hearing?* Sí Yes No

¿Tiene alguna preocupación por niveles bajos de hierro o anemia? *Do you have any concerns about low iron levels or anemia?* 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

¿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 de TV, Teléfono, Videojuegos, etc.? *Does the patient spend more than two hours per day in front of a screen?* Sí Yes No

Chequeo de Salud Infantil: 3-4 años

Escuela *School*

Va ellos a la guardería o a la escuela, y si es así donde?

¿Tiene alguna preocupación de que ellos empiecen la escuela? *Do you have any concerns about them starting school?* Sí *Yes* No

¿Tiene alguna preocupación de que ellos empiecen la escuela? *Do you have any concerns about them starting school?* 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 animales? *Do you have any questions about how to demonstrate safe behavior around pets and animals?* Sí *Yes* No

Si tiene armas en su casa, ¿están guardadas en un lugar seguro (bajo llave y con las municiones guardadas por separado)? *If you have guns in your home, are they stored safely (locked with ammunition stored separately)?* Sí *Yes* No No Aplica