

Nombre del Paciente _____

¿Quién acompañó al niño hoy?
(nombre y relación al niño) _____

¿Con quienes vive el niño? _____

¿Tiene algún problema de salud crónico? _____

¿Tiene preocupaciones sobre los problemas
de salud mencionados arriba? _____

¿Tiene preocupaciones nuevas o recientes sobre su salud? _____

La Alimentación:

¿Hace su niño lo siguiente?

¿Se da de comer bien?	Sí	No
¿Usa una cuchara y un tenedor?	Sí	No
¿Toma de una taza con una mano?	Sí	No
¿Hay algunas comidas que no pueda tolerar?	Sí	No

Si así es, aliste: _____

¿Come una variedad de comidas? Sí No

Si no, ¿qué come el niño? _____

¿Tiene algunas preocupaciones sobre sus
evacuaciones intestinales o micción (orina)? _____

¿Indica su niño que está interesado en aprender cómo usar el baño?

Sí No

La Rutina para Dormir:

¿Cuál es el promedio de horas que duerme en la noche? _____

¿Se despierta en la noche? Sí No

¿Cuántas siestas toma? _____

Si usted no entiende algunas de estas preguntas, por favor pregúntele a su enfermera.

Por favor liste los medicamentos actuales:

¿Tiene algunas alergias a medicinas?

¿Hace su bebé lo siguiente?

¿Sube y baja escalones mientras agarra algo para apoyo? (padre o la barandilla)

Sí No

¿Brinca para arriba?

Sí No

¿Patea una pelota para adelante?

Sí No

¿Tira una pelota arriba de la cabeza?

Sí No

¿Garabatea espontáneamente?

Sí No

¿Pone 4-6 bloques uno encima del otro?

Sí No

¿Disfruta imitar a los adultos?

Sí No

¿Se quita una pieza de ropa?

Sí No

¿Intenta ponerse la ropa?

Sí No

Cuestionario de Detección de Tuberculosis:

¿Tiene su niño contacto con adultos con una infección de Tuberculosis?

Sí No

¿Son el niño o sus padres de una región del mundo donde haya una alta prevalencia de Tuberculosis?

Sí No

¿Está el niño frecuentemente expuesto a personas inmunodeprimidas, a personas sin hogares, a residentes de un asilo para ancianos o a trabajadores migrantes?

Sí No

¿Trabaja cualquiera de los padres u otro individuo viviendo en la casa en un campo medicamente relacionado o tiene contacto con individuos institucionalizados o a residentes de un asilo para ancianos?

Sí No

Cuestionario de Detección del Riesgo de Colesterol:

¿Un padre o un abuelo menor de la edad de 55 con enfermedad de corazón o derrame cerebral?

Sí No

¿Un padre o abuelo con el colesterol elevado de más de 240?

Sí No

Si usted no entiende algunas de estas preguntas, por favor pregúntele a su enfermera.