

15 Month Well Child Exam Form

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene usted alguna duda o pregunta sobre la salud de su hijo que desee resolver el día de hoy?

¿Cuál es el estado de salud de su hijo? **Bueno RegularMalo**

¿Su hijo ha visitado la sala de emergencias en los últimos 12 meses? **Sí No**

De ser así, indique la razón: _____

¿Su hijo ha recibido tratamiento en el hospital en los últimos 12 meses? **Sí No**

De ser así, indique la razón: _____

¿Su hijo alguna vez ha tenido reacciones a alguna vacuna o inmunización? **Sí No**

¿Su hijo ha visitado a un dentista en los últimos 6 meses? **Sí No**

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo? ____ ¿Cuántas veces al día utiliza su hijo hilo dental? ____

CASA y FAMILIA

¿Con quién vive su hijo? _____ ¿Cuántos hermanos(as) tiene? _____

¿En qué tipo de vivienda reside? _____ ¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda? _____

¿Su hijo comparte el dormitorio? **Sí No** ¿Alguna persona en la casa fuma? **Sí No**

¿El padre de su hijo participa en su cuidado? **Sí No**

¿Cómo es la relación de su hijo con sus hermanos(as)? **Buena Regular Mala N/A; es hijo único**

¿Qué tipo de disciplina se utiliza en la casa? **Verbal Penitencias Nalgadas Otro: _____**

¿Hay algún antecedente de abuso? **Sí No** ¿Hay algún antecedente de abandono? **Sí No**

¿Hay algún antecedente de descuido o negligencia? **Sí No**

¿Alguna persona en la casa consume drogas? **Sí No**

¿Hay algún antecedente de violencia doméstica? **Sí No**

¿Ha recibido visitas de la agencia de Servicios de Protección Infantil (CPS) en su casa? **Sí No**

De ser así, ¿el caso con CPS continúa abierto? **Sí No**

¿Su hijo ha estado alguna vez bajo cuidado tutelar? **Sí No** De ser así, ¿en cuántas ocasiones? _____

¿Se siente usted estresado? **Sí No**

15 Month Well Child Exam Form

¿Tiene mascotas en la casa? **Sí** **No** De ser así, ¿de qué tipo? _____

SALUD EN GENERAL

¿Qué tipo de leche consume? **Leche materna Entera Al 2% Al 1% Sin grasa Deslactosada De soya**

¿Cuánta leche o fórmula toma al día? **< 8 oz 8-16 oz 16-24 oz 24-32 oz > 32 oz**

¿Qué más bebe y cuántos vasos al día?

___ **Vasos de jugo** ___ **Vasos de agua** ___ **Vasos de refresco o té descafeinado**

¿Su hijo bebe en...? **vaso botella solamente vaso y botella vaso entrenador**

¿Su hijo consume...? **alimentos de mesa frutas o vegetales adecuados carne granos enteros**

¿Su hijo tiene algún problema para mover el intestino, incluyendo estreñimiento o diarrea? **Sí No**

¿Ya sabe ir al baño? **Sí Sólo durante el día Está aprendiendo No**

¿Su hijo tiene algún problema para mover el intestino, incluyendo estreñimiento o diarrea? **Sí No**

¿Su hijo tiene problemas para dormir? **Sí No** De ser así, ¿de qué tipo? _____

¿Cómo describiría el temperamento de su hijo? **Feliz Enojón Tranquilo Demandante**

¿Tienen usted alguna inquietud con respecto a...?

¿El desarrollo de su hijo? **Sí No**

¿La conducta de su hijo? **Sí No**

AUDICIÓN

Su hijo:

Le trae objetos cuando se le pide hacerlo **Sí No**

Escucha e identifica sonidos que provienen de otra habitación o de afuera **Sí No**

Responde con una sola palabra a las preguntas **Sí No**

Imita varias palabras nuevas **Sí No**

Utiliza palabras o más de una sílaba (p. ej., "botella") **Sí No**

15 Month Well Child Exam Form

VISTA

¿Le preocupa cómo ve su hijo?	Sí	No
¿Su hijo sostiene los objetos de cerca para intentar enfocarlos?	Sí	No
¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o parecen cruzarse, divagar o estar perdidos?	Sí	No
¿Los párpados de su hijo se caen o un párpado tiende a cerrarse?	Sí	No
¿Su hijo se ha lastimado alguna vez los ojos?	Sí	No

Marque cada tarea que su hijo pueda realizar:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caminar bien | <input type="checkbox"/> Garabatear de manera espontánea | <input type="checkbox"/> Comprender indicaciones sencillas |
| <input type="checkbox"/> Inclinar y erguirse | <input type="checkbox"/> Utilizar 2 palabras | <input type="checkbox"/> Balbucear un poco |
| <input type="checkbox"/> Gatear para subir escaleras | <input type="checkbox"/> Utilizar 3 palabras además de “mamá” o “papá” | <input type="checkbox"/> Imitar actividades |
| <input type="checkbox"/> Quitarse la ropa | <input type="checkbox"/> Señalar de 1 a 3 partes del cuerpo | <input type="checkbox"/> Beber de un vaso |
| <input type="checkbox"/> Garabatear | | <input type="checkbox"/> Ayudar con tareas sencillas |
| <input type="checkbox"/> Aventar la taza | | |
| <input type="checkbox"/> Utilizar un vaso | | |
| <input type="checkbox"/> Comer solo | | |

SEGURIDAD GENERAL

¿Su hijo utiliza siempre un asiento para auto?	Sí	No
¿Su casa es segura para su hijo?	Sí	No
¿Tiene los siguientes objetos en su hogar?		
Detector de humo	Sí	No
Detector de monóxido de carbono	Sí	No
Extintor	Sí	No