

18 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** **Regular** **Malo**

¿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**

18 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:

Comprende preguntas sencillas para responder "sí/no" **Sí No**

Comprende frases sencillas ("en la taza") **Sí No**

Disfruta que le lean y señala imágenes cuando se le pide hacerlo **Sí No**

Utiliza su nombre **Sí No**

Dice "mío" para obtener juguetes y otros objetos **Sí No**

Cuenta experiencias usando jerga y palabras **Sí No**

Utiliza oraciones de 2 palabras, como "mis zapatos", "vete adiós", "más jugo" **Sí No**

18 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"/> Correr | <input type="checkbox"/> Utilizar de 3 a 6 palabras | <input type="checkbox"/> Utilizar la cuchara o el tenedor |
| <input type="checkbox"/> Caminar hacia atrás | <input type="checkbox"/> Combinar 2 palabras | <input type="checkbox"/> Ayudar en la casa |
| <input type="checkbox"/> Patear la pelota | <input type="checkbox"/> Señalar de 2 a 4 partes del cuerpo | <input type="checkbox"/> Quitarse la ropa |
| <input type="checkbox"/> Arrojar la pelota | <input type="checkbox"/> Seguir indicaciones | <input type="checkbox"/> Imitar las labores de la casa |
| <input type="checkbox"/> Apilar 2 objetos | <input type="checkbox"/> Nombrar imágenes (perro, gato, persona) | |
| <input type="checkbox"/> Garabatear | | |
| <input type="checkbox"/> Dar vuelta a la página | | |

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

Physicians at Sugar Creek

An Affiliate of MEMORIAL HERMANN

14023 Southwest Freeway
Sugar Land, TX 77479
218.325.4100

18 Month Well Child Exam Form

18 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 18 meses

17 meses 0 días a
18 meses 30 días

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____

Notas:

A esta edad, muchos niños no cooperan cuando se les pide hacer cosas. Quizás Ud. tenga que intentar hacer las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, intente hacer las actividades cuando su niño/a tenga buena disposición. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega a hacerla, marque "sí" en la pregunta.

COMUNICACION

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Cuando su niño quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿va su niña a otro cuarto a buscar un juguete u objeto conocido? (Puede preguntarle, "¿Dónde está la pelota?", o decirle "Tráeme tu abrigo", o "Busca tu cobija".)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Dice su niño ocho o más palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Imita su niña una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice "Mamá juega", "Papá come", o "¿Qué es?", repite ella la misma frase? (Marque "sí" aun si sus palabras sean difíciles de entender.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Sin enseñarle primero, ¿puede señalar con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, "Enséñame dónde está el gatito", o le pregunta, "¿Dónde está el perro?" (Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "Veo perro", "Mamá llega casa", o "¿Se fue gatito"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se acabó", "está bien", y "¿qué es?") Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

TOTAL EN COMUNICACION ___

18 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 18 meses página 3 de 6

MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Puede su niña agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Camina su niño por la casa en lugar de gatear?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Camina bien su niña, sin caerse a menudo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Se sube a algún objeto como una silla para alcanzar algo que quiere (por ejemplo, para agarrar un juguete que está arriba del mostrador de la cocina o para "ayudarlo" en la cocina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Su niño puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? (Si ya sabe dar una patada al balón, marque "sí" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



TOTAL EN MOTORA GRUESA ___

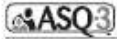
MOTORA FINA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Puede lanzar su niño una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque "todavía no" en esta pregunta.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Coloca su niña un cubito o un juguete pequeño encima de otro? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada, o 3 centímetros.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Puede su niña poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Normalmente, ¿puede su niño meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___



TOTAL EN MOTORA FINA ___

18 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 18 meses página 4 de 6

RESOLUCION DE PROBLEMAS

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. Después de enseñarle a su niña cómo se hace, ¿usa una cuchara, un palo, u otro implemento similar para intentar agarrar un juguete pequeño que esté ligeramente fuera de su alcance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (Puede enseñarle cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niña garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. Después de observarlo a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño intenta dibujar una línea recta en cualquier dirección en la hoja de papel? (Marque "todavía no" si su niño hace rayas o garabatos de un lado para otro.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (No le muestre cómo hacerlo.)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___*



TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS ___

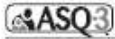
*Si marcó "si" o "a veces" en la pregunta 6, marque "si" en la pregunta 3.

SOCIO-INDIVIDUAL

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Al mirarse en el espejo, ¿su niña se ofrece un juguete a sí misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
2. ¿Juega su niño con una muñeca o con un muñeco de peluche, abrazándolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
4. ¿Viene a pedirle ayuda su niña, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
5. ¿Sabe su niño beber de un vaso y bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___
6. ¿Lo/la imita a Ud. su niña, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	___

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL ___

18 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 18 meses página 5 de 6

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique:

SI

NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

SI

NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

SI

NO

4. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

SI

NO

5. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

SI

NO

18 Month Well Child Exam Form



Cuestionario de 18 meses página 6 de 6

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

SÍ

NO

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

SÍ

NO

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

SÍ

NO

9. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

SÍ

NO

18 Month Well Child Exam Form

M-CHAT-R™

Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste **no**. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra **si** o **no** como respuesta. Muchas gracias.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira?
(POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?) | Si | No |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a? | Si | No |
| 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche) | Si | No |
| 4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas?
(POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles) | Si | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?
(POR EJEMPLO ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) | Si | No |
| 6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda?
(POR EJEMPLO señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance) | Si | No |
| 7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante?
(POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino) | Si | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?
(POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?) | Si | No |
| 9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándose a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted?
(POR EJEMPLO le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete) | Si | No |
| 10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre?
(POR EJEMPLO ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?) | Si | No |
| 11. ¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa? | Si | No |
| 12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos?
(POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?) | Si | No |
| 13. ¿Su hijo/a camina? | Si | No |
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste? | Si | No |
| 15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga) | Si | No |
| 16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando? | Si | No |
| 17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice "mirame"?) | Si | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?
(POR EJEMPLO ¿Su hijo/a entiende "pon el libro en la silla" o "tráeme la cobija" sin que usted haga señas?) | Si | No |
| 19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto? Si
(POR EJEMPLO ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltearía a ver su cara?) | Si | No |
| 20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento?
(POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas) | Si | No |

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton