

## 2 Month Well Child Exam

### 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**

### 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**

## 2 Month Well Child Exam

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

### SALUD EN GENERAL

¿Cómo se alimenta su hijo?

**Lactancia materna**

**Toma leche materna extraída en botella**

**Toma fórmula**

¿Qué tan bien lacta? **Bien** **Mal**

¿Cuánto tiempo lacta por lado? \_\_\_\_\_

Si utiliza fórmula, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Si utiliza fórmula, ¿cuánta leche ingiere en cada botella? **1 oz** **2 oz** **3 oz** **4 oz** **5 oz** **6 oz**

¿Con qué frecuencia se alimenta? Cada: **hora** **2 horas** **3 horas** **4 horas** **5 horas**

¿Con qué frecuencia su hijo mueve el intestino? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia su hijo orina (moja el pañal)? \_\_\_\_\_

¿Cómo duerme su hijo? **En posición supina (sobre la espalda)**

**De lado**

**En posición prona (sobre el estómago)**

**En cuna**

**En moisés**

¿Cómo describiría el temperamento de su hijo?

**Tranquilo**

**Con cólicos**

**Demandante**

**Llora cuando tiene hambre o alguna necesidad**

**Está molesto todo el tiempo**

**Está molesto por la noche**

**Está molesto, pero es fácil de consolar**

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

¿El desarrollo de su hijo? **Sí** **No**

¿La conducta de su hijo? **Sí** **No**

### AUDICIÓN

Su hijo:

Se sobresalta con los ruidos altos y repentinos a una distancia de 3 pies **Sí** **No**

Se tranquiliza al escuchar una voz familiar y amigable **Sí** **No**

Se despierta cuando usted habla o hace ruidos de cerca **Sí** **No**

Emite arrullos y gorjeos **Sí** **No**

Se ríe y balbucea al jugar **Sí** **No**

Voltea a verle cuando le habla **Sí** **No**

## 2 Month Well Child Exam

### VISTA

¿Le preocupa cómo ve su hijo?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o parecen cruzarse, divagar o estar perdidos?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Los párpados de su hijo se caen o un párpado tiende a cerrarse?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Su hijo se ha lastimado alguna vez los ojos?	<b>Sí</b>	<b>No</b>

### Marque cada tarea que su hijo pueda realizar:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elevar el cuerpo al estar acostado sobre el estómago | <input type="checkbox"/> Vocalizar                    |
| <input type="checkbox"/> Mover los brazos y las piernas por igual             | <input type="checkbox"/> Responder a estímulos        |
| <input type="checkbox"/> Seguir objetos con los ojos                          | <input type="checkbox"/> Sonreír de manera espontánea |
|   | <input type="checkbox"/> Observar su cara             |

### SEGURIDAD GENERAL

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