

## 30 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**

## 30 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? **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

¿Le preocupa cómo escucha su hijo? **Sí No**

¿Le preocupa cómo habla su hijo? **Sí No**

### 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**

Revision Date: 5/17/2016

Next Review Date: 5/17/2019

## 30 Month Well Child Exam Form

Marque cada tarea que su hijo pueda realizar:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Subir las escaleras                     | <input type="checkbox"/> Hacer trazos horizontales y circulares con un crayón | <input type="checkbox"/> Nombrar 6 partes del cuerpo                           |
| <input type="checkbox"/> Arrojar cosas por encima de la cabeza   | <input type="checkbox"/> Cepillarse los dientes con ayuda                     | <input type="checkbox"/> Comprender los conceptos de frío, cansado, hambriento |
| <input type="checkbox"/> Patear la pelota                        | <input type="checkbox"/> Utilizar bien la cuchara                             | <input type="checkbox"/> Decir su nombre y su apellido                         |
| <input type="checkbox"/> Correr bien                             | <input type="checkbox"/> Combinar palabras                                    | <input type="checkbox"/> Reconocer entre corto y largo                         |
| <input type="checkbox"/> Saltar                                  | <input type="checkbox"/> Seguir indicaciones de 2 partes                      | <input type="checkbox"/> Nombrar imágenes (gato, perro, pájaro)                |
| <input type="checkbox"/> Equilibrarse en 1 pie durante 1 segundo | <input type="checkbox"/> Utilizar de 20 a 50 palabras o más                   |  |
| <input type="checkbox"/> Quitarse la ropa                        |   |  |
| <input type="checkbox"/> Apilar de 4 a 6 objetos                 |   |  |

### 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> |

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| ¿Su hijo tiene antecedentes familiares de...? |           |           |
| Enfermedades cardiacas                        | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| Colesterol alto                               | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| Sobrepeso u obesidad                          | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

30 Month Well Child Exam