

4 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**

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**

4 Month Well Child Exam Form

¿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**

¿Bebe jugos? **Sí** **No** De ser así, ¿qué cantidad? _____

¿Su hijo come...? **nada de sólidos** **cereales** **vegetales** **frutas** **carnes** **alimentos chatarra**

¿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:

Voltea la mirada hacia donde provienen los sonidos **Sí** **No**

Se asusta con voces que reflejan enojo **Sí** **No**

Sonríe cuando le hablan **Sí** **No**

Le gusta jugar con juguetes u objetos que hacen ruido **Sí** **No**

Balbucea (emite una serie de sonidos) **Sí** **No**

Emite al menos 4 sonidos diferentes al usar su voz **Sí** **No**

Revision Date: 5/17/2016

Next Review Date: 5/17/2019

4 Month Well Child Exam Form

Le balbucea a la gente cuando hablan

Sí No

VISTA

¿Le preocupa cómo ve su hijo?

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"/> Jalarse para sentarse | <input type="checkbox"/> Sostener peso | <input type="checkbox"/> Mirarse las manos |
| <input type="checkbox"/> Elevar el cuerpo al estar acostado sobre el estómago | <input type="checkbox"/> Sujetar objetos | <input type="checkbox"/> Sonreír de manera espontánea |
| <input type="checkbox"/> Rodarse de adelante hacia atrás | <input type="checkbox"/> Juntar las manos | <input type="checkbox"/> Hacer contacto visual |
| <input type="checkbox"/> Sentarse con la cabeza firme | <input type="checkbox"/> Seguir objetos de un lado a otro | |
| | <input type="checkbox"/> Reír | |
| | <input type="checkbox"/> Gritar agudamente | |
| | <input type="checkbox"/> Vocalizar | |

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**