

6 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**

6 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

Si utiliza fórmula, ¿de qué tipo? _____

¿Con qué frecuencia se alimenta? Cada: **2 horas** **3 horas** **4 horas** **5 horas** **6 horas**

Si utiliza fórmula, ¿cuánta leche ingiere en cada botella? **4 oz** **5 oz** **6 oz** **7 oz** **8 oz**

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

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

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

chararra

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

¿Cómo duerme su hijo? **Toda la noche** **Se despierta para comer** **Se despierta una vez**

Se despierta dos veces **Se despierta tres veces**

En posición supina (sobre la espalda)

En posición prona (sobre el

estómago)

¿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

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**

Balucea (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

6 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"/> Sentarse brevemente | <input type="checkbox"/> Pasarse los juguetes de una mano a la otra | <input type="checkbox"/> Comer solo |
| <input type="checkbox"/> Rodarse de atrás hacia adelante | <input type="checkbox"/> Comerse una galleta sin ayuda | <input type="checkbox"/> Esforzarse para obtener un juguete |
| <input type="checkbox"/> Mantenerse parado | <input type="checkbox"/> Balbucear | <input type="checkbox"/> Avergonzarse con gente extraña |
| <input type="checkbox"/> Sostener la cabeza firme cuando lo sientan | <input type="checkbox"/> Girar la cabeza hacia donde se le habla | |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar objetos | <input type="checkbox"/> Imitar sonidos | |

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