

Cuestionario pre-consulta: 9 meses de edad

Instrucciones: Favor de contestar las siguientes preguntas respecto a su hijo(a); marque con círculo o con una X la elección correcta. Esto nos ayuda a valorar la salud, desarrollo y seguridad de su hijo(a).

Salud en general

1	¿Tiene alguna inquietud acerca de la salud de su bebé?	NO	SÍ
2	¿Ha tenido el(la) bebé problemas con sus vacunas o inyecciones?	NO	SÍ
3	¿Recibe atención médica de alguien aparte de un doctor en medicina (es decir, acupunturista, herborista, o naturópata)?	NO	SÍ

Repaso de sistemas

4	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido auditivo del bebé?	NO	SÍ
5	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido de la vista del bebé?	NO	SÍ
6	¿Tiene el niño a veces apariencia de bizco?	NO	SÍ

Alimentación / Nutrición

7	¿Está tomando leche de pecho bien?	SÍ	NO
	a. ¿Cuántas veces amamanta su bebé al día?		
8	¿Está tomando fórmula el niño?	SÍ	NO
	a. ¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé diario?		
	b. ¿Qué fórmula le está dando al niño?		
9	¿Está recibiendo el niño dos o tres comidas al día de alimento sólido?	SÍ	NO
10	¿Está tratando el niño de darse de comer por sí solo?	SÍ	NO
11	¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas?	NO	SÍ
12	¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D? (Si su bebé está tomando más de 34 onzas de fórmula por día, no necesita dar un suplemento.)	SÍ	NO
13	¿Comenzó con comidas que a veces son alergénicos, como cacahuetes, nueces de árbol, soja, comida láctea, pescado, o mariscos para el bebé? (Tenga en cuenta que dar forma de alimento sin el riesgo de asfixia, como la mantequilla de maní o los mariscos en puré).	SÍ	NO

Higiene bucal

14 ¿Acuesta al niño con su biberón o se levante en la noche para comer al pecho o por biberón?	NO	SÍ
15 ¿Usa un cepillo dental de cerda suave, o trapo, y pasta dental con flúor para cepillar los dientes y las encías del niño 2 veces al día?	SÍ	NO
16 ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	SÍ	NO
17 ¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	NO	SÍ

Eliminación

18 ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)?	NO	SÍ
19 ¿Tiene alguna preocupación sobre la micción de su bebé?	NO	SÍ

Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla

20 ¿Pase el bebé cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
21 ¿Le lee al bebé todos los días?	SÍ	NO
22 ¿Se le supervisa al bebé su 'tiempo de piso' cada día?	SÍ	NO

Sueño

23 ¿Se queda dormido el niño por sí solo?	SÍ	NO
24 ¿Tiene usted una rutina con el niño para la hora de acostarse?	SÍ	NO

Estresores sociales

25 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
26 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
27 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
28 ¿Le ha lastimado alguien alguna vez su bebé?	NO	SÍ	

Plomo

29 ¿Está normalmente el niño en una casa construida antes de 1978?	NO	SÍ
a. ¿Hay indicios de pintura reseca que se esté desmoronando, o ha habido remodelación reciente?	NO	SÍ
30 ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo?	NO	SÍ

Seguridad

31 ¿Se mantiene usted lo suficientemente cerca para poder tocar al bebé cuando éste se encuentra en el baño?	SÍ	NO	
32 ¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas o tienen barreras?	SÍ	NO	
33 ¿Lleva el bebé puesto alguna vez joyería (incluso collares)?	NO	SÍ	
34 ¿Lleva usted líquidos calientes cerca del bebé?	NO	SÍ	
35 ¿Viaja el bebé en un asiento de seguridad con vista hacia atrás y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
36 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
37 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO	
38 Si su hijo tiene la piel clara, ¿se aplica protector solar si está afuera al sol durante más de 15 a 30 minutos?	SÍ	NO	NO APLICA
39 ¿Mantiene alejadas del bebé las bolsas de plástico y globos de látex?	SÍ	NO	
40 ¿Mantiene el calentador de agua por debajo de los 120 grados F?	SÍ	NO	
41 ¿Tiene colocadas barreras alrededor de calentadores de cuarto, estufas de leña, etc.?	SÍ	NO	
42 ¿Tiene todos los limpiadores de casa, químicos y medicinas bajo llave?	SÍ	NO	
43 ¿Tiene usted el número de teléfono del centro de envenenamiento?	SÍ	NO	
44 ¿Utiliza el bebé una andadera infantil con silla?	NO	SÍ	

Tuberculosis

45 ¿Ha padecido tuberculosis (TB) uno de sus familiares o contactos?	NO	SÍ
46 ¿Ha resultado positivo alguna vez uno de sus familiares con la prueba de piel (PPD)?	NO	SÍ
47 ¿Nació el niño en un país de alto riesgo (que no son EE.UU., Canadá, Australia, o Europa occidental)?	NO	SÍ
48 ¿Ha viajado el niño a algún país de alto riesgo durante más de una semana?	NO	SÍ