

# Cuestionario pre-consulta: 2.5 años 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 niño?	NO	SÍ
2	¿Ha tenido el(la) niño(a) 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 niño?	NO	SÍ
5	¿Tiene alguna inquietud respecto al sentido de la vista del niño?	NO	SÍ

## Alimentación / Nutrición

6	¿Está tomando leche el niño?	SÍ	NO
	a. ¿Qué clase de leche?		
	b. ¿Cuántas onzas de leche por día?		
7	¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	SÍ	NO
8	Cuando su hijo come granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?	SÍ	NO
9	¿Come la familia comida chatarra (papitas, galletas, dulces) o comida rápida más que 1-2 veces por semana?	NO	SÍ
10	¿Le mantiene usted alejados los alimentos con lo que se pudiera atragantar (verdura cruda, nueces, hot dogs, palomitas)?	SÍ	NO
11	¿Bebe el niño sus líquidos en botella?	NO	SÍ
12	¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas?	NO	SÍ
13	¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento?	NO	SÍ
14	¿Le preocupa el peso corporal del niño?	NO	SÍ

## Lípidos

15	¿Tiene el niño padres o abuelos que hayan sufrido un derrame o ataque de corazón antes de haber cumplido 55 años de edad?	NO	SÍ
16	¿Tiene el niño padre o madre con alto nivel de colesterol o que esté tomando medicamentos para el colesterol?	NO	SÍ

**Higiene bucal**

17 ¿Consulta el niño al dentista al menos dos veces al año?	SÍ	NO	
Si su hijo <b>no ha comenzado a ver a un dentista regularmente</b> , responda las siguientes preguntas (#18-21):			
18 ¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	NO	SÍ	
19 ¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día?	NO	SÍ	
20 ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURA
21 ¿Le cepilla los dientes a su hijo con una pasta de dientes que contenga flúor (del tamaño de un grano de arroz) dos veces al día?	SÍ	NO	

**Eliminación**

22 ¿Defeca regularmente el niño con heces blandas?	SÍ	NO
23 ¿Ha empezado a enseñarle a usar el sanitario?	SÍ	NO
24 ¿Le avisa el niño cuando necesita un cambio de pañal?	SÍ	NO

**Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla**

25 ¿Pasa el niño con cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
26 ¿Tiene el niño acceso a una pantalla desde la recámara?	NO	SÍ
27 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO
28 ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta)	SÍ	NO

**Sueño**

29 ¿Duerme el niño a lo largo de toda la noche?	SÍ	NO
30 ¿Tiene usted una rutina con el niño para la hora de acostarse?	SÍ	NO
31 ¿Se queda dormido el niño por su propia cuenta (por sí solo)?	SÍ	NO
32 ¿Ronca el niño un poco más de lo esperado?	NO	SÍ

**Estresores sociales**

33 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
34 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
35 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
36 ¿Siempre se siente seguro/a en su casa?	NO	SÍ	

**Comportamiento**

37 ¿Tiene alguna pregunta sobre cómo disciplinar al niño?	NO	SÍ	
38 ¿Elogia al niño cuando él (ella) hace algo bien?	SÍ	NO	

**Desarrollo**

39 ¿Logra el niño unir de 3-4 palabras juntas en una frase?	SÍ	NO	
40 ¿Entiende la gente lo que el niño dice al menos la mitad de las veces?	SÍ	NO	
41 ¿Conoce el niño 8 o más partes del cuerpo?	SÍ	NO	
42 ¿Puede el niño identificar el ruido correcto que hacen algunos animales?	SÍ	NO	
43 ¿Puede el niño cepillarse los dientes con algo de ayuda?	SÍ	NO	
44 ¿Acata el niño instrucciones de dos pasos?	SÍ	NO	
45 ¿Puede el niño saltar del piso con ambos pies?	SÍ	NO	

**Seguridad**

46 ¿Está ajusto el colchón de la cuna en su posición más baja?	SÍ	NO	
47 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
48 ¿Mantiene alejado al niño de los autos, camionetas, podadoras de zacate, entradas de cochera y calles?	SÍ	NO	
49 ¿Observa, vigila al niño cuando juega afuera?	SÍ	NO	
50 ¿Usa casco el niño cuando anda en su triciclo, bicicleta, o scooter?	SÍ	NO	
51 ¿Hay alguna arma en la casa?	NO	SÍ	
a. En caso afirmativo (Sí), ¿está encerrada en una caja fuerte, con las municiones almacenadas por separado?	SÍ	NO	NO APLICA

Cuestionario pre-consulta: **2.5 años de edad**

52 ¿Viaja el niño en un asiento de seguridad colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
53 ¿Tiene usted el número de teléfono del centro de envenenamiento? (1-800-222-1222)	SÍ	NO	
54 Si su hijo tiene la piel clara, ¿se aplica protector solar si está afuera al sol durante mas de 15 a 30 minutos?	SÍ	NO	NO APLICA
55 ¿Hay una piscina, lago o laguna cerca de la casa?	NO	SÍ	
a. Si es así, ¿está asegurado para que su hijo no pueda acceder?	SÍ	NO	NO APLICA