

General

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy: | | |
| 2. ¿Tiene usted alguna pregunta sobre cómo disciplinar al niño? | No | Sí |
| 3. ¿Tiene el niño a veces apariencia de bizco? | No | Sí |
| 4. ¿Pase el niño cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)? | No | Sí |

Nutrición

- | | | |
|---|----|----|
| 5. ¿Está el niño tomando leche materna, leche de galón, o fórmula bien? | Sí | No |
| a. ¿Qué clase de leche o formula? | | |
| b. ¿Cuántas onzas al día? | | |
| 6. ¿Está recibiendo el niño tres comidas al día (alimento sólido)? | Sí | No |
| 7. ¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas? | No | Sí |
| 8. ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)? | No | Sí |

Higiene bucal

- | | | |
|---|----|----|
| 9. ¿Ha comenzado su hijo a ver a un dentista? (Si es así, pase a la siguiente sección). | Sí | No |
|---|----|----|

Si no...

- | | | | |
|--|----|----|----------|
| a. ¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año? | No | Sí | |
| b. ¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día? | No | Sí | |
| c. ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro? | Sí | No | Not sure |
| d. ¿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 | |

Estrés social

- | | | | |
|---|-------|---------|--------------|
| 10. ¿Está pasando usted por estrés en la familia? | No | Sí | |
| 11. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más? | Nunca | A veces | Muchas veces |

Lead

- | | | |
|---|----|----|
| 12. ¿Está normalmente el niño en una casa construida antes de 1978? | No | Sí |
| 13. ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo? | No | Sí |

Tuberculosis

- | | | | |
|--|----|----|-----------------|
| 14. ¿Está su niño en riesgo de infección con tuberculosis? (Incluye niños nacidos en África, Asia, América Latina o Europa del este; niños que se han quedado con la familia en uno de esos lugares durante más de una semana, o si estuvieron expuestos a alguien con tuberculosis activa). | No | Sí | No estoy seguro |
|--|----|----|-----------------|

Pautas madurativas

Estas preguntas son acerca del desarrollo de su niño/a. Cuando nosotros decimos desarrollo nos referimos a cosas como gatear, caminar, jugar y hablar. Nosotros queremos tener una idea de que tan frecuente su niño/a hace cada una de estas cosas. Para cada pregunta, díganos si su niño/a todavía no lo hace, lo hace algunas veces o si él/ella lo hace mucho.

Adapted from SWYC, 12 months

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
15.	<i>Agarra comida y la come</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<i>Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<i>Juega a juegos – como: “¿Dónde está el bebe?” o “peek-a-boo”</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<i>Lo llama a usted “mama” o “papa” o algo parecido</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<i>Mira a su alrededor cuando usted dice cosas como “¿Dónde está tu biberón?” o “¿Dónde está tu juguete?”</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<i>Imita sonidos que usted hace</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<i>Cruza una habitación caminando sin ayuda</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<i>Sigue instrucciones – por ejemplo “Ven acá” o “Dame la pelota”</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<i>Corre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<i>Sube escaleras caminando con ayuda</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verificación de seguridad	<i>Marque todo lo que corresponda.</i>	Cierto	Tengo preguntas
25. Siempre me mantengo lo suficientemente cerca como para tocar a mi niño cuando está en el baño.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mi niño no usa joyas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mi niño viaja en un asiento de seguridad que mira hacia atrás, en el asiento trasero.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nadie fuma o vapea cerca de mi niño.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. No tenemos un andadera infantil con ruedas (o lo tenemos, pero el niño no tiene acceso a las escaleras).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tenemos cerco de seguridad en los escalones (o no tenemos escalones en la casa).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. El colchón de la cuna se ajusta a la posición más baja.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. El calentador de agua está ajustado por debajo de 120 grados F.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Nuestros limpiadores de casa, químicos, cuchillos y medicinas están bajo llave o fuera de su alcance.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hay una valla con una puerta de seguridad que impide que nuestro hijo acceda a la alberca/lago/río cerca de nuestra casa (o no hay alberca, lago o río cerca).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Nuestra arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos arma).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>