

General

1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:

2. ¿Le lee al niño la mayoría de los días? Sí No

3. ¿Pase el niño cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)? No Sí

Nutrición

4. ¿Tome el niño cuantas tazas de leche al día?

5. Cuando su hijo come granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales? Sí No

6. ¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día? Sí No

7. ¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas? No Sí

8. ¿Aún toma el niño del biberón? No Sí

9. ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)? No Sí

Higiene bucal

10. ¿Tiene un dentista para el niño? Sí No

Estrés social

11. ¿Está pasando usted por estrés en la familia? No Sí

12. ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos? No Sí

13. 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

Plomo

14. ¿Está normalmente el niño en una casa construida antes de 1978? No Sí

15. ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo? No Sí

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.

| | | Todavía no | Algunas veces | Mucho |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. | <i>Lo llama a usted "mama" o "papa" o algo parecido</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | <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"/> |
| 18. | <i>Imita sonidos que usted hace</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | <i>Cruza una habitación caminando sin ayuda</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | <i>Sigue instrucciones – por ejemplo "Ven acá" o "Dame la pelota"</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | <i>Corre</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | <i>Sube escaleras caminando con ayuda</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | <i>Patea una pelota</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | <i>Nombra por lo menos 5 objetos familiares – por ejemplo pelota o leche</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | <i>Nombra por lo menos 5 partes del cuerpo – por ejemplo nariz, mano, o boca</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Verificación de seguridad*Marque todo lo que corresponda.***Cierto****Tengo
preguntas**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 26. Mi niño viaja en un asiento de seguridad que mira hacia atrás, en el asiento trasero. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. El colchón de la cuna se ajusta a la posición más baja. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Nadie fuma o vapea cerca de mi niño. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Nuestros limpiadores de casa, químicos, cuchillos y medicinas están bajo llave o fuera de su alcance. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. 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"/> |
| 33. Nuestra arma está bajo llave, con las municiones separadas (o no tenemos arma). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Mantenemos alejada del niño las bolsas de plástico y globos de látex. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |