

Cuestionario pre-consulta: 3 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	¿Come el niño 5 o más porciones de frutas y verduras al día?	SÍ	NO
7	Cuando su hijo come granos (cereales, pan, pasta, galletas, gofres, arroz, etc.), ¿son principalmente granos integrales?	SÍ	NO
8	¿Come o bebe el niño al menos entre 2 a 3 porciones de alimentos ricos en calcio al día (frijoles, verduras de hoja verde, leche, yogurt, queso)?	SÍ	NO
9	¿Come la familia comida chatarra (papitas, galletas, dulces) o comida rápida más que 2-3 veces por semana?	NO	SÍ
10	¿Su hijo come bocadillos más de 1 a 2 veces al día con alimentos que no sean frutas y verduras?	NO	SÍ
11	¿Toma el niño jugo u otras bebidas azucaradas?	NO	SÍ
12	¿Le da al niño alguna vitamina o suplemento?	NO	SÍ
13	¿Le preocupa el peso corporal del niño?	NO	SÍ

Higiene bucal

14 ¿Consulta el niño al dentista al menos dos veces al año?	SÍ	NO	
Si su hijo no ha comenzado a ver a un dentista regularmente , responda las siguientes preguntas (#15-18):			
15 ¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	NO	SÍ	
16 ¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día?	NO	SÍ	
17 ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURA
18 ¿Le cepilla los dientes a su hijo con una pasta de dientes que contenga flúor (del tamaño de chicharo) dos veces al día?	SÍ	NO	

Eliminación

19 ¿Defeca regularmente el niño con heces blandas?	SÍ	NO
20 ¿Ha empezado a enseñarle a usar el sanitario?	SÍ	NO

Escuela

21 ¿Va el niño a pre-escuela o a guardería?	SÍ	NO
---	----	----

Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla

22 ¿Pasa el niño más de 1 hora 'de pantalla' al día (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
23 ¿Tiene el niño acceso a una pantalla desde la recámara?	NO	SÍ
24 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO
25 ¿Llevan a cabo actividades educativas en familia como ir a la biblioteca, al museo, o caminatas por la naturaleza?	SÍ	NO
26 ¿Se reúnen a la hora de comer para estar en familia?	SÍ	NO
27 ¿Juega el niño activamente al menos una hora cada día? (Por ejemplo, correr con amigos, esconder y buscar, manejar bicicleta)	SÍ	NO
28	SÍ	NO

Estresores sociales

29 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
30 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

31 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
32 ¿Hay alguien en su vida que le lastima a usted o a sus hijos?	NO	SÍ	

Comportamiento

33 ¿Tiene alguna pregunta sobre comportamiento u cómo disciplinar al niño?	NO	SÍ	
34 ¿Elogia al niño cuando él (ella) hace algo bien?	SÍ	NO	
35 ¿Le ofrece opciones o alternativas a su hijo? (Por ejemplo, de comida, actividades)	SÍ	NO	

Desarrollo

36 ¿Logra el niño unir 2 a 3 frases?	SÍ	NO	
37 ¿Entiende la gente normalmente lo que el niño dice, incluidas personas afuera de la familia?	SÍ	NO	
38 ¿Puede contar el niño hasta 5 o más?	SÍ	NO	
39 ¿Conoce el niño 2 colores o más?	SÍ	NO	
40 ¿Pretende el niño al jugar, como al teléfono o una casa de monitos?	SÍ	NO	
41 ¿Puede el niño dibujar una figura humana con al menos 2 partes?	SÍ	NO	
42 ¿Puede el niño subir y bajar los escalones alternando los pies (un pie sobre un escalón)?	SÍ	NO	
43 ¿Logra el niño darse de comer completamente por sí mismo usando un tenedor o cuchara (sin usar los dedos para coger la comida)?	SÍ	NO	
44 ¿Puede el niño vestirse o desvestirse con algo de ayuda?	SÍ	NO	
45 ¿Puede el niño lanzar una pelota por encima del hombro?	SÍ	NO	
46 ¿Puede el niño balancearse sobre un pie?	SÍ	NO	
47 ¿Sabe el niño cómo usar el sanitario durante el día?	SÍ	NO	
48 ¿Puede el niño decir el nombre de un amigo?	SÍ	NO	

Seguridad

49 ¿Observa, vigila al niño cuando juega afuera?	SÍ	NO	
50 ¿Mantiene alejado al niño de los autos, camionetas, podadoras de zacate, entradas de cochera y calles?	SÍ	NO	
51 ¿Usa casco el niño cuando anda en su triciclo, bicicleta, o scooter?	SÍ	NO	
52 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	

Questionario pre-consulta: **3 años de edad**

53 ¿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
54 ¿Viaja el niño en un asiento de seguridad con vista hacia en frente y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
55 ¿Le pone al niño filtro solar cuando va a pasar mucho tiempo bajo los rayos del sol?	SÍ	NO	
56 ¿Tiene usted el número de teléfono del centro de envenenamiento?	SÍ	NO	
57 ¿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

Tuberculosis

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