

Cuestionario pre-consulta: 2 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. ¿Cuánta leche al 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 no ha comenzado a ver a un dentista regularmente , 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 más de 1 hora 'de pantalla' al día (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?	SÍ	NO	

Comportamiento

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

Desarrollo

(Si va a llenar el Cuestionario de edades y etapas (ASQ), favor de saltarse esta sección)

39 ¿Cuenta el niño con un vocabulario de 50 palabras?	SÍ	NO
40 ¿Usa el niño frases u oraciones de 2 a 3 palabras ("Más leche," "Hola mami")?	SÍ	NO
41 ¿Conoce el niño 6 o más partes del cuerpo?	SÍ	NO
42 ¿Copia el niño lo que hace usted?	SÍ	NO
43 ¿Acata el niño instrucciones de dos pasos?	SÍ	NO
44 ¿Puede el niño subir y bajar los escalones agarrándose del pasamano o una otra persona?	SÍ	NO
45 ¿Voltea el niño las páginas una por una?	SÍ	NO
46 ¿Puede el niño nombrar algunas imágenes de los libros?	SÍ	NO
47 ¿Logra el niño sostener una tacita con una mano?	SÍ	NO
48 ¿Puede el niño saltar del piso con ambos pies?	SÍ	NO
49 ¿Puede el niño lanzar una pelota por encima del hombro?	SÍ	NO
50 ¿Puede el niño patear un balón?	SÍ	NO
51 ¿Intenta el niño escribir con un lápiz?	SÍ	NO

Plomo

52 ¿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
53 ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo?	NO	SÍ

Seguridad

54 ¿Está ajusto el colchón de la cuna en su posición más baja?	SÍ	NO	
55 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
56 ¿Mantiene alejado al niño de los autos, camionetas, podadoras de zacate, entradas de cochera y calles?	SÍ	NO	
57 ¿Observa, vigila al niño cuando juega afuera?	SÍ	NO	
58 ¿Usa casco el niño cuando anda en su triciclo o bicicleta?	SÍ	NO	
59 ¿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
60 ¿Viaja el niño en un asiento de seguridad colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
61 ¿Tiene usted el número de teléfono del centro de envenenamiento? (1-800-222-1222)	SÍ	NO	
62 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
63 ¿Hay una alberca, piscina, o lago cerca de su casa?	NO	SÍ	
a. Si es así, ¿está asegurado para que su hijo no pueda acceder?	SÍ	NO	NO APLICA

Tuberculosis

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