

# Cuestionario pre-consulta: 18 meses 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 el niño tomando leche o fórmula bien?	SÍ	NO
	a. ¿Qué clase de leche o formula?		
	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 mas que 1-2 ves 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	¿Aún toma el niño del biberón?	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

## Higiene bucal

15 ¿Tiene un dentista para el niño?	SÍ	NO	
Si su hijo <b>no ha comenzado a ver a un dentista regularmente</b> , responda las siguientes preguntas (#16-19):			
16 ¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	NO	SÍ	
17 ¿Bebe su hijo algo que no sea agua de una taza continuamente y / o merienda con frecuencia durante el día?	NO	SÍ	
18 ¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURA
19 ¿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

20 ¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)?	NO	SÍ
---	----	----

## Tiempo de actividades / de ejercicios / de pantalla

21 ¿Pasa el niño con cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)?	NO	SÍ
22 ¿Juegas con tu hijo todos los días?	SÍ	NO
23 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO

## Sueño

24 ¿Duerme el niño a lo largo de toda la noche?	SÍ	NO
25 ¿Tiene usted una rutina con el niño para la hora de acostarse?	SÍ	NO
26 ¿Se queda dormido el niño por su propia cuenta (por sí solo)?	SÍ	NO

## Estresores sociales

27 ¿Ha habido últimamente cambios mayores en el nivel de estrés dentro de la familia?	NO	SÍ	
28 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
29 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES

## Comportamiento

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

## Plomo

32 ¿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
33 ¿Tiene el niño un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo?	NO	SÍ

## Seguridad

34 ¿Está ajusto el colchón de la cuna en su posición más baja?	SÍ	NO	
35 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
36 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO	
37 ¿Mantiene alejadas del niño las bolsas de plástico y globos de látex?	SÍ	NO	
38 ¿Viaja el niño en un asiento de seguridad con vista hacia atrás y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
39 ¿Mantiene al niño alejado de la estufa?	SÍ	NO	
40 ¿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
41 ¿Tiene usted un plan de escape en caso de incendio?	SÍ	NO	
42 ¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas o tienen barreras?	SÍ	NO	
43 ¿Tiene cerco de seguridad en los escalones?	SÍ	NO	
44 ¿Tiene usted el número de teléfono del centro de envenenamiento? (1-800-222-1222)	SÍ	NO	
45 ¿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