

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. Muchas gracias.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? No Sí, describa:

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la entusiasma o encanta de su hijo?

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? No Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su hijo o en la de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar de su hijo tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? No Sí No estoy seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿Su hijo vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? No Sí No estoy seguro/a

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo? No Sí, describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su hijo.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ir al baño y orinar sola. | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 75% de lo que dice. | <input type="checkbox"/> Pedalear un triciclo. |
| <input type="checkbox"/> Ponerse un abrigo, una chaqueta o una camisa él solo. | <input type="checkbox"/> Contarle una historia de un libro o la televisión. | <input type="checkbox"/> Subirse y bajarse de un sofá o de una silla. |
| <input type="checkbox"/> Comer sola. | <input type="checkbox"/> Comparar las cosas usando palabras como <i>más grande</i> y <i>más corto</i> . | <input type="checkbox"/> Saltar hacia adelante. |
| <input type="checkbox"/> Comenzar a jugar a fingir. | <input type="checkbox"/> Comprender preposiciones simples, como <i>sobre</i> o <i>debajo</i> . | <input type="checkbox"/> Dibujar un círculo simple. |
| <input type="checkbox"/> Jugar y compartir con los demás. | | <input type="checkbox"/> Dibujar a una persona con la cabeza y otra parte del cuerpo. |
| <input type="checkbox"/> Usar oraciones de 3 palabras. | | <input type="checkbox"/> Cortar con tijeras para niños. |

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Plomo	¿Su hijo vive o visita una casa o instalación de cuidado infantil con un peligro identificado de plomo o una casa construida antes de 1960 que está en malas condiciones o que fue renovada en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, pintura o yeso que se descascara, moho o humedad?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Interacciones familiares positivas		
¿Son los miembros de su familia cariñosos y afectuosos entre sí?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted felicita a su hijo cuando se comporta bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene maneras de manejar la ira de manera constructiva y resolver disputas en su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos los que cuidan a su hijo establecen los mismos límites para él?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Permite que su hijo tome decisiones, como qué ropa ponerse o qué libros leer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siente que es capaz de equilibrar la familia y el trabajo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

JUGAR CON HERMANOS Y COMPAÑEROS

¿Participa su hijo en juegos de fantasía con muñecas, animales de juguete o bloques?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo cosas que ambos disfrutan?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños (por ejemplo, en citas de juego y en el preescolar)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando su hijo juega con otros niños, ¿lo ayuda a aprender a turnarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si tiene otros hijos, ¿se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Está esperando o pensando en tener otro hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

LEER Y HABLAR CON SU HIJO

¿Lee, canta canciones o juega juegos de palabras con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando leen juntos, ¿le hacen preguntas a su hijo sobre los dibujos o la historia del libro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Anima a su hijo a que le hable de su día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia habla más de un idioma en casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

COMER BIEN Y SER ACTIVO

Alimentos nutritivos		
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo la mayoría de los días?	_____ onzas	
¿Le ofrece a su hijo una variedad de alimentos, incluyendo vegetales, frutas y alimentos ricos en proteínas, como carne y huevos, pollo o pescado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Promoción de la actividad física y limitación de la televisión		
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema con el asiento para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Corta alimentos como uvas y perros calientes en trozos pequeños para evitar ahogarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo en una entrada o cerca de la calle?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad en el agua		
¿Hay piscinas cerca de su casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Se mantiene siempre al alcance de la mano de su hijo cuando está en el agua o cerca de ella?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th Edition*

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.



En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____.







Notas:

COMUNICACION


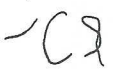
- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | _____ |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 1. Al pedirle a su niño que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? (Las puede señalar en su propio cuerpo, en el de Ud. o en una muñeca. Marque "a veces" si señala correctamente al menos tres partes del cuerpo.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 2. ¿Forma su niña oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div> | | | | |
| 3. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el libro encima de la mesa y pon el zapato debajo de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 4. Al mirar un libro de ilustraciones, ¿puede su niña decirle lo que pasa en la ilustración o nombrar la actividad que se muestra (por ejemplo, "ladra", "come", "corre", "llora")? Ud. puede preguntarle, "¿Qué hace el perro (o el niño)?" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 5. Enséñele a su niño como el cierre (cremallera) de un abrigo sube y baja y dígame: "Mira, esto sube y baja". Suba el cierre hasta la mitad y pídale que lo <i>baje</i> . Suba el cierre hasta la mitad otra vez y pídale que lo <i>suba</i> . Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| 6. Al preguntarle a su niña, "¿Cómo te llamas?" ¿responde diciendo su nombre y apellido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |

TOTAL EN COMUNICACION _____

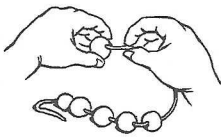





MOTORA GRUESA

	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
2. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
3. ¿Sube las escaleras su niño poniendo sólo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente.) Puede agarrarse de la barandilla o de la pared. (Ud. puede hacer esta observación en lugares como una tienda, el parque, o en casa.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
4. ¿Puede pararse su niña en un solo pie por aproximadamente 1 segundo sin agarrarse de nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
5. Al estar de pie, ¿su niño lanza una pelota hacia adelante, levantando el brazo a la altura del hombro? (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
6. ¿Salta su niña hacia adelante con los dos pies juntos al menos 6 pulgadas (o 15 centímetros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
				
	TOTAL EN MOTORA GRUESA			—

MOTORA FINA

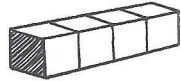
	SI	A VECES	TODAVIA NO	
1. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola, o una pluma, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea vertical, copiando lo que Ud. hizo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>Marque "sí"</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>Marque "todavía no"</p>  </div> </div>			

MOTORA FINA *(continuación)*

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <p>2. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | | | | |
| <p>3. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niña que dibuje un círculo como el suyo. No la deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niña dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <p>Marque "sí"</p>  <p>Marque "todavía no"</p>  | | | | |
| <p>4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo?</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <p>Marque "sí"</p>  <p>Marque "todavía no"</p>  | | | | |
| <p>5. ¿Su niña intenta cortar papel con tijeras para niños? No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrir y cerrar las tijeras mientras que agarra el papel con la otra mano. <i>(Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras. Asegúrese de supervisar a su niña cuando esté usando las tijeras para que no se vaya a cortar.)</i></p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | | | | |
| <p>6. Al hacer un dibujo, ¿sujeta el lápiz, la crayola, o la pluma con los dedos y el pulgar como lo hace un adulto?</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

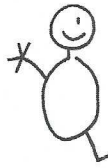
TOTAL EN MOTORA FINA —

RESOLUCION DE PROBLEMAS

- | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <p>1. Mientras su niña lo/la observa, ponga <i>cuatro</i> objetos como unos cubos o unos carritos en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar, poniendo los cuatro objetos en línea recta también? <i>(También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)</i></p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
|  | | | | |
| <p>2. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo? <i>(Por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina, o para "ayudarlo" a Ud. en la cocina.)</i></p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

RESOLUCION DE PROBLEMAS *(continuación)*

3. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niño, "¿Qué es?", ¿dice una palabra que se refiera a una persona o a un ser que se parezca a una persona? (Marque "sí" si da una respuesta como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá", "astronauta", o "mono".) Escriba la respuesta de su niño a continuación:

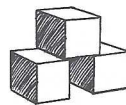


SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

4. Si Ud. le dice a su niña, "Di 'siete tres'", ¿repite *únicamente* los dos números en el mismo orden? Ud. *no debe repetir los números*. Si es necesario, intente otro par de números, por ejemplo, "Di 'ocho dos'". (Su niña sólo tiene que repetir una serie de dos números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

5. Muéstrela a su niño cómo hacer un puente con cubos, cajas, o latas como el del dibujo. ¿Su niño lo/la imita haciendo un puente que se parece al de Ud.?



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

6. Si Ud. le dice a su niña: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite ella *únicamente* los tres números en el mismo orden? Ud. *no debe repetir los números*. Si es necesario, intente otra serie de números, por ejemplo, "Di 'siete, nueve, dos.'" (Su niña sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

1. A la hora de comer, ¿su niño se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?

SI	A VECES	TODAVIA NO	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

2. ¿Su niña empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

3. Si Ud. le pregunta a su niño, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

4. ¿Su niña se pone el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

5. Hágale la siguiente pregunta a su niño/a empleando estas palabras exactas: "¿Eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

6. ¿Puede esperar su turno su niño/a, respetando el turno de los otros niños o adultos?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL _____

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique:

SI

NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

SI

NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

SI

NO

4. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

SI

NO

5. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

SI

NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

8. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

9. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

10. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

Albemarle Pediatrics Annual Questionnaire

Patient Name: _____	Date of Birth: _____
Form Completed by: _____	Date Completed: _____

(Please circle answer)

Has your child been diagnosed with any serious illnesses or medical conditions within the last year (i.e. seizures, diabetes)?

Yes No Explain _____

Has your child had any serious injuries or accidents within the last year (i.e. fractures, concussions)?

Yes No Explain _____

Has your child had any surgery within last year?

Yes No Explain _____

Has your child been hospitalized within the last year?

Yes No Explain _____

Have there been any changes in the family medical history within the last year (i.e. high blood pressure, diabetes)?

Yes No Explain _____

Does your child take any over the counter medications or herbal supplements/vitamins?

Yes No Explain _____

Do you have transportation problems to any medical appointments?

Yes No Explain _____

Please list the following:

Dentist _____ Phone Number _____

Counselor _____ Phone Number _____

Specialist _____ Phone Number _____
_____ Phone Number _____
_____ Phone Number _____

Please list any additional concerns you may have regarding your child:

