

VISITA DE BIENESTAR DE 24 MESES DE SU NIÑO

LO QUE PUEDE ESPERAR, LO QUE DEBE PREGUNTAR



SU NOMBRE: _____ Su relación al niño: _____

¿Hay preocupaciones específicas que quiere discutir con su médico hoy?

No Sí _____

¿Han habido cambios IMPORTANTES con su familia desde su última visita?

Ninguno Mudarse Cambio de trabajo Separación Divorcio Muerte en la familia

Mascota(s) nuevo Otro Describa _____

El niño vive con Padres Madre Padre Padrastro Abuelo(s)

Otro Describa: _____

¿Número total de adultos que viven en la casa? _____

¿Número total de niños que viven en la casa? _____

¿Quién cuida a sus niños la mayoría de los días de la semana?

Madre del niño Padre del niño Otro pariente (por ejemplo, abuela) Guardería

Otro Describa: _____

Normalmente, ¿cómo le parece que está resolviendo usted sus obligaciones diarias de cuidar por sus hijos?

Para nada bien No muy bien Algo bien Bien Muy bien

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD

	No	Yes	Indeciso
Desde su última visita, ¿ha tenido su niño alguna enfermedad GRAVE y/o viajes al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Han ocurrido nuevos problemas de salud con cualquiera de los familiares de su niño desde la última visita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene su niño alguna alergia? En caso que sí, describa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma su niño algún medicamento con regularidad? En caso que sí, incluya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que no tiene a nadie con quién confiar y acudir para recibir apoyo emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay adultos que fuman cerca de donde está su niño? (Esto incluye dentro y fuera de la casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregúntele a su médico sobre cualquier preocupación específica que tenga acerca de la diabetes suya o de su niño.

VISITA DE BIENESTAR DE 24 MESES DE SU NIÑO: LO QUE PUEDE ESPERAR, LO QUE DEBE PREGUNTAR (seguido)

EL CRECER Y DESARROLLO DE SU NIÑO

¿Tiene alguna preocupación específica sobre el aprendizaje, desarrollo o comportamiento de su niño?

Bastante Un poco Ninguna Describa: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la vista de su niño (si su niño ve las cosas bien)? Sí No

¿Tiene alguna preocupación sobre la audición de su niño (si su niño escucha bien)? Sí No

Por favor marque cada actividad que su niño pueda hacer actualmente.

- Subir y bajar las gradas Decir frases de 2 palabras Armar rompecabezas
 Juega con juguetes más difíciles

Lo que puede esperar en el próximo examen de Pasos Sanos de Texas de su niño.

- Estatura Peso Exámenes de laboratorio – primeras preguntas
 Referido dental Examen físico desnudo & historial médico
 Detección del desarrollo Lista de verificación de audición para padres
 Vacunas (posibilidad de hepatitis A & influenza)

Sobre cuál tema le gustaría recibir más información en su próxima visita:

PREVENCIÓN DE LESIONES

- Asientos de seguridad para carros
 Asfixio, juguetes peligrosos
 Envenenamiento
 Quemaduras
 Seguridad con el agua/temperatura
 Juego supervisado
 Lesiones con la electricidad
 Tabaquismo pasivo

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Vacunas
 Fumar en la casa
 Atención preventiva del niño
 Atención dental, citas
 Planificación familiar
 Guardería

COMPORTAMIENTO

- Interacción entre padre y niño
 Interacción social
 Limitar la televisión
 Establecer límites
 Lucha entre hermanos
 Enseñar a usar el inodoro

NUTRICIÓN

- Dieta saludable/ bocadoillos
 Alimentos ricos en hierro
 Actividad física
 Destete
 Dejar el biberón a 1 año

Testa no es una herramienta de auto diagnóstico ni un plan de tratamiento.

Por favor consulte a su médico y comparta esta información con su médico en su próxima cita.