

# VISITA DE BIENESTAR DE 30 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	Unsure
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 30 MESES DE SU NIÑO: LO QUE PUEDE ESPERAR, LO QUE DEBE PREGUNTAR (seguido)

### 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

### 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

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)

*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.*