

Revisión periódica de su hijo a los 2 meses – Qué esperar, qué preguntar

Su nombre: _____ Su parentesco con el niño: _____
 ¿Hay alguna inquietud concreta de la que quiera hablar hoy? No Sí _____

¿Se ha producido algún cambio importante en su familia últimamente? Ninguno Traslado Cambio de trabajo Separación
 Divorcio Fallecimiento de un familiar Nueva mascota Otro Describir: _____

¿Con quién vive el niño? Ambos padres Madre Padre Padrastro o madrastra Abuelo(s) Otro _____
 Número total de adultos que viven en casa: _____ Número total de niños que viven en casa: _____

¿Quién cuida de su hijo casi todos los días de la semana?
 Madre Padre Otro familiar (p. ej. abuela) Guardería Otro Describir: _____

En general, ¿cómo cree que lleva las exigencias diarias de la paternidad?
 Nada bien No muy bien Bastante bien Bien Muy bien

Información general de salud. Desde su última visita	Sí	No	No estoy seguro/a
¿Ha tenido usted o su hijo alguna enfermedad importante y/o alguna hospitalización?			
¿Ha desarrollado usted, alguien de su familia o algún familiar de su hijo nuevos problemas médicos?			
¿Su hijo tiene alergias? En caso afirmativo, describir:			
¿Su hijo toma medicina con regularidad? En caso afirmativo, indicar aquí:			
¿Tiene a alguien de confianza con quien pueda acudir en busca de apoyo emocional?			
¿Están tanto usted como su hijo al día en el calendario de vacunaciones (incluyendo las vacunas contra la gripe y la pulmonía)?			
¿Fuma usted o cualquiera de los adultos cercanos a su hijo (incluso dentro o fuera de la casa)?			

¿Alimenta a su hijo dándole el pecho o el biberón?
 Pecho: Número de tomas en las últimas 24 horas _____
 Biberón: Tipo de fórmula _____ ¿Cuántas onzas en cada toma? _____

¿Le gustaría obtener más información sobre cualquiera de los temas que aparecen a continuación? (Rodee con un círculo)

Prevención de lesiones	Promoción de la salud	Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos de seguridad para automóviles Caídas, andador Quemaduras Gestión de la asfixia Posición a la hora de dormir (SMSL) Tabaquismo pasivo Seguridad en el baño/la piscina 	<ul style="list-style-type: none"> Vacunaciones Uso del termómetro, Tylenol Dentición Cuándo llamar al médico Cuidado preventivo del niño Planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna Nada de alimentos sólidos hasta los 4 meses Preparación de la fórmula Nada de biberones en la cama

¿Tiene alguna inquietud concreta sobre el aprendizaje, desarrollo o comportamiento de su hijo? Muchas Unas pocas Ninguna
 Describir: _____

¿Tiene alguna inquietud sobre la capacidad visual de su hijo (qué tan bien ve su hijo)? Sí No

¿Tiene alguna inquietud sobre la capacidad auditiva de su hijo? Sí No

Marque cada una de las tareas que su hijo es capaz de hacer ahora mismo.

Sonreír en respuesta a un estímulo Inspeccionar el entorno Vocalizar a modo de juego Levantar la cabeza

Qué esperar en el examen de Texas Health Steps de su hijo:

Historial médico Estatura Peso Examen físico sin ropa
 Perímetro cefálico Lista de control de la capacidad auditiva de los padres Vacunaciones (rotavirus, DTaP, Hib, antineumocócica, poliomielitis, hepatitis B)

Esto no es una herramienta de autodiagnóstico ni un plan de tratamiento. Consulte a su médico y comparta este formulario en su próxima visita.