

## Revisión periódica de su hijo a los 9 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? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué edad se empezó con los alimentos sólidos? \_\_\_\_\_

### ¿Le gustaría obtener más información sobre cualquiera de los temas que aparecen a continuación?

Prevención de lesiones	Promoción de la salud	Comportamiento	Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivos de seguridad para automóviles</li> <li>Caídas (escaleras, entradas)</li> <li>Gestión de la asfixia</li> <li>Seguridad en el agua/temperatura del agua</li> <li>Control de intoxicaciones</li> <li>Convertir los espacios interiores/exteriores en lugares a prueba de niños</li> <li>Exposición indirecta al tabaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunaciones</li> <li>Dentición</li> <li>Cuándo llamar al médico</li> <li>Cuidado preventivo del niño</li> <li>Atención dental</li> <li>Planificación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interacción entre padres/bebé</li> <li>Expectativas</li> <li>Desarrollo del lenguaje</li> <li>Sueño</li> <li>Protesta de separación</li> <li>Guardería/nanas</li> <li>Estrategias disciplinarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lactancia materna</li> <li>Introducción de alimentos sólidos</li> <li>Nada de biberones en la cama</li> <li>Se ha dejado el biberón al año de edad</li> <li>Rutina de comidas</li> </ul>

¿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:

Gatear  Reconocer a los padres  Colocarse en una posición sentada sin ayuda  Impulsarse hasta una posición erguida  Jugar con otros (ej. a las palmas)

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

Estatura y peso  Evaluación del desarrollo  Pruebas de laboratorio –  Examen físico sin ropa e historial médico por temas de plomo  
 Perímetro cefálico  Lista de control de la capacidad auditiva de los padres  Vacunaciones (posiblemente la dosis 3 de 4 de poliomielitis, la dosis 3 de 3 de hepatitis B, gripe)

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