

# Your Child's 18-Month Well Visit

## What to Expect, What to Ask



Your Name: \_\_\_\_\_ Your Relationship to the Child: \_\_\_\_\_

Are there specific concerns you want to discuss today?  No  Yes: \_\_\_\_\_

Have there been any major changes in your family lately?

- None  Move  Job Change  Separation  Divorce  
 Death in the Family  New Pet  Other? Describe: \_\_\_\_\_

Child lives with?

- Both Parents  Mother  Father  Stepparent  Grandparent(s)  
 Other?: \_\_\_\_\_ Total Number of Adults Living in Home: \_\_\_\_\_ Total number of Children Living in Home: \_\_\_\_\_?

Who takes care of your child most days of the week?

- Mother  Father  Other relative (e.g. grandmother)  Daycare  
 Other? Describe: \_\_\_\_\_

In general, how well do you feel you are coping with the day-to-day demands of parenthood?

- Not well at all  Not very well  Somewhat well  Well  Very well

General Health Information: Since Your Last Visit	Yes	No	Unsure
Have you or your child had any major illness and/or hospitalizations?			
Have you, anyone in your family, or your child's relatives developed new medical problems?			
Does your child have allergies? If yes, describe: _____			
Do you have someone you can trust and go to for emotional support?			
Are yours and your child's immunizations (includes flu and pneumonia vaccines) current?			
Do you or any adults around your child smoke (includes inside or outside the house)?			

Would you like to get more information on any of the topics below?

Injury Prevention	Health Prevention	Behavior	Nutrition
<ul style="list-style-type: none"> <li>Car safety restraints</li> <li>Choking management</li> <li>Water safety/temp</li> <li>Poison control</li> <li>Secondhand smoke</li> <li>Burns</li> <li>Supervised play</li> <li>Electrical injury</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Immunizations</li> <li>Well-child care</li> <li>Dental care</li> <li>Family planning</li> <li>Smoking in the home</li> <li>Daycare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parent/infant interaction</li> <li>Discipline strategies</li> <li>Social interaction</li> <li>Limit TV</li> <li>Sibling rivalry</li> <li>Toilet training</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Healthy diet/snacks</li> <li>Iron-rich foods</li> <li>Physical activity</li> <li>Weaning off bottle by age 1</li> </ul>

Do you have any specific concerns about your child's learning, development or behavior?

- A lot  A little  Not at all Describe: \_\_\_\_\_

Do you have any concerns about your child's vision (how well your child sees)?  Yes  No

Please check each task your child is able to do right now:

- Walking  Able to take steps backwards  Speak 3 words or more  
 Bend down without falling  Drinks from a cup without spilling

What to expect at your Child's Texas Health Steps exam:

- Length & Weight  Developmental Screening  Lab Tests - Lead Questions  
 Unclothed Physical Exam & Health History  Head Circumference  Parent Hearing Checklist  
 Immunizations (Hepatitis A, DTaP, possibly Hepatitis B, Polio, & Influenza)

# Visita de bienestar de 18 meses de su niño

## Lo que puede esperar, lo que debe 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 recientemente?

- Ninguno  Mudanza  Cambio de empleo  Separación  Divorcio  
 Muerte en la familia  Mascota nueva  ¿Otra cosa? Aclare: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño?

- Ambos padres  El padre  La madrastra o el padrastro  Los abuelos (uno/a o más)  
 ¿Otra cosa?: \_\_\_\_\_ ¿Número total de adultos que viven en casa?: \_\_\_\_\_ ¿Número total de niños que viven en casa?: \_\_\_\_\_

¿Quién cuida de su hijo la mayor parte de los días de la semana?

- La madre  El padre  Otro familiar (por ejemplo, la abuela)  La guardería  
 ¿Otra opción? Aclare: \_\_\_\_\_

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

- Para 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? De ser así, por favor brinde detalles. _____			
Tanto usted como su hijo, ¿están al día con el calendario de vacunación (incluyendo las vacunas contra la gripe y la pulmonía)?			
¿Está el suyo y las vacunas suyas de su hijo (incluidas las vacunas contra la gripe y la neumonía)?			
¿Usted o cualquiera de los adultos cercanos a su hijo fuma? (independientemente de si es dentro o fuera de la casa)			

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

Prevención de lesiones	Prevención de la salud	El comportamiento	Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivos de seguridad para automóviles</li> <li>Gestión de la asfixia</li> <li>Seguridad en el agua temperatura del agua</li> <li>Control de intoxicaciones</li> <li>Exposición indirecta al tabaco</li> <li>Quemaduras</li> <li>Juegos supervisados</li> <li>Lesiones originadas por la electricidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunas</li> <li>Cuidado del niño sano</li> <li>Atención dental</li> <li>Planificación familiar</li> <li>Fumar dentro de la casa</li> <li>La guardería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interacción entre los padres y el bebé</li> <li>Estrategias disciplinarias</li> <li>Interacción social</li> <li>Límites de tiempo frente a la televisión</li> <li>Rivalidad entre hermanos</li> <li>Control de esfínteres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta/tentempiés saludables</li> <li>Alimentos ricos en hierro</li> <li>Actividad física</li> <li>Abandono progresivo del biberón antes de llegar al 1.º año</li> </ul>

¿Tiene alguna inquietud específica sobre el aprendizaje, el desarrollo o el comportamiento de su hijo?

- Muchas  Pocas  Ninguna Aclare: \_\_\_\_\_

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

Marque cada una de las tareas que su hijo es capaz de hacer en este momento:

- Caminar  Dar pasos hacia atrás  Decir 3 o más palabras  
 Agacharse sin caerse  Beber de la taza sin derramar

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

- Estatura y peso  Evaluación del desarrollo  Pruebas de laboratorio: preguntas principales  
 Examen físico sin ropa; historia clínica  Perímetro de la cabeza  Lista de control de la capacidad auditiva de los padres  
 Vacunas (Hepatitis A, DTaP, posiblemente Hepatitis B, poliomielitis e influenza)