



Cuestionario previo a la visita de 12 meses

¿Sobre qué le gustaría hablar hoy?	
¿Tiene usted algunas preocupaciones, preguntas o problemas que quiere discutir hoy? _____	

Preguntas acerca de su niño(a).	
¿Algún pariente de su niño(a) ha desarrollado nuevos problemas médicos desde su última visita?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o En caso afirmativo, por favor explique: _____	
Audición	¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) oye? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) habla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Visión	¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) ve? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Acerca su niño objetos a los ojos mientras intenta enfocarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Aparentan los ojos de su niño(a) raros o parecen cruzar, deslizarse, o perezosos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Hay historial familiar de estrabismo (bizquera u ojo perezoso)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Bajan los párpados de su niño(a) o tiene la tendencia un párpado a cerrarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Plomo	¿Tiene su niño(a) un hermano(a) o amiguito que ha tenido envenenamiento por plomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Reside su niño(a) o visita regularmente una casa o facilidad de cuidado infantil construida antes de 1978 o que se ha renovado o remodelado recientemente (dentro de los últimos 6 meses)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Reside su niño(a) o visita regularmente una casa o facilidad de cuidado infantil construida antes de 1950? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Tuberculosis	¿Nació su niño(a) en un país con alto riesgo de tuberculosis (países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o Europa Occidental)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Ha viajado su niño(a) (tuvo contacto con poblaciones residentes) por más de una semana a un país con alto riesgo de tuberculosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Ha tenido un miembro de la familia o persona de contacto tuberculosis o prueba de tuberculina positiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Está infectado(a) su niño(a) con VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o

¿Han habido cambios importantes en su familia últimamente? No Sí

Mudanza *Separación* *Divorcio* *Muerte en la familia* *Cambio de empleo* *Otro* _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan frecuentemente le han molestado alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

2. Sentirse decaída, deprimida, o desesperada Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

* Vive su bebé con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde las personas fuman? Sí No

¿Tiene su bebé alguna necesidad especial de cuidado de salud? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

* Cuales medicamentos usa su bebé y la dosis: incluya hierbas medicinales, vitaminas o suplementos. _____

* ¿Cuál es la mejor manera de contactarle a usted? (por favor marque): tel. de casa / tel. celular / tel. de trabajo: _____

* ¿Quiere compartir con nosotros su correo electrónico? _____