



Cuestionario previo a la visita de 15 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?

Sí No No estoy segura /o En caso afirmativo, por favor explique: _____

Audición ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) oye? Sí No No estoy segura/o

¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) habla? Sí No No estoy segura/o

¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su niño(a) ve? Sí No No estoy segura/o

¿Acerca su niño objetos a los ojos mientras intenta enfocarse? Sí No No estoy segura/o

Visión ¿Aparentan los ojos de su niño(a) raros o parecen cruzar, deslizarse, o perezosos? Sí No No estoy segura/o

¿Hay historial familiar de estrabismo (bizquera u ojo perezoso)? Sí No No estoy segura/o

¿Bajan los párpados de su niño(a) o tiene la tendencia un párpado a cerrarse? Sí No No estoy segura/o

¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su niño(a)? Sí No 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 _____

* Vive su bebé con alguien que usa tabaco o pase 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? _____