



Cuestionario previo a la visita de dos años

¿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 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
*Dislipidemia	¿Tiene su niño(a) padres o abuelos que hayan sufrido insuficiencia cardíaca o problema cardíaco antes de la edad de 55 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Tiene su niño(a) un padre con colesterol alto en la sangre (240 mg/dL o más alto), o que esté tomando medicamento para colesterol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Anemia	¿Incluye la dieta de su niño(a) alimentos ricos en hierro tales como carne, huevo, cereales fortificados con hierro, o habichuelas/frijoles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o

Continúa al dorso

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

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

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

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

*Cuales medicamentos usa su niño(a) 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? _____