



Cuestionario previo a la visita de cuatro 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?

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

***Plomo**

¿Tiene su niño(a) un hermano(a) o amiguito que ha tenido envenenamiento por plomo? Sí No 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)? Sí No No estoy segura/o

¿Reside su niño(a) o visita regularmente una casa o facilidad de cuidado infantil construida antes de 1950? Sí No 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)? Sí No 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? Sí No No estoy segura/o

¿Ha tenido un miembro de la familia o persona de contacto tuberculosis o prueba de tuberculina positiva? Sí No No estoy segura/o

¿Está infectado(a) su niño(a) con VIH? Sí No 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? Sí No 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? Sí No 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? 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 niño(a) 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? _____