

¿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
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
	¿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
Salud Oral	¿Son las caries un problema para usted o algún otro miembro de su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Duerme su niño(a) con un biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Amamanta a su bebé continuamente durante la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
¿Han habido cambios importantes en su familia últimamente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Mudanza <input type="checkbox"/> Separación <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte en la familia <input type="checkbox"/> Cambio de empleo <input type="checkbox"/> Otro _____	
* Vive su bebé con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde las personas fuman? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene su bebé alguna necesidad especial de cuidado de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? _____	