

CASTILLO VALLE PARA NIÑOS CLÍNICA

Visita de mantenimiento de la salud

15 Meses a 18 Meses

Paciente Nombre _____

PADRE: POR FAVOR LLENAR AFUERA ESTE LADO ABAJO PARA LA DOBLE UNE (por favor marque y cheque adecuado respuestas)

NUTRICIÓN (Subjetivo)

1. Padre: Cómo muchos porciones de cada de la 4 alimento grupos hace su niño come cada ¿día?

Por favor escribe número de porciones en espacio previsto después revisión ejemplos de servicio Talla por este edad grupo.

LECHE	CARNE	FRUTAS Y VEGETALES	GRANOS
1/2 - 3/4 taza	1/2 SM hamburguesa o 1/4 taza	2 -3 cucharada cocido fruta o vegetal	3/4 rodaja pan de molde
Leche 1/2 - 3/4	atún	1/2 taza crudo Fruta o verdura	1/2 taza frío cereal
taza yogur 3/4 taza	1/2 palillo de tambor	1/2 taza de jugo	1/4 taza cocido cereal
de hielo crema	1 huevo o 1 rodaja carne		4 graham galletas
2/3 taza cabaña queso	3 cucharada nueces, girasol		1/4 taza de arroz, patatas, o fideos
1 onza queso	semillas omaní manteca		
____ # de porciones mi	____ # de porciones mi	____ # de porciones mi	____ # de porciones mi
niño come cada día	niño come cada día	niño come cada día	niño come cada día

2. Lista merienda alimentos _____

3. ¿Usa tu hija una cuchara y una taza?

4. ¿Tu hijo tiene algún problema para comer? - - -

5. ¿Está su hija en el Programa Suplementario de Alimentos de WIC o Denver?

ELIMINACIÓN

6. ¿Su hijo tiene dolor al orinar, micción frecuente, chorro débil o goteante, olor fuerte o extraño a la orina?

7. ¿Su hijo experimenta estreñimiento, diarrea, picazón de gusanos alrededor del recto o sangrado intestinal?

COMPORTAMIENTO

8. ¿Tu hijo tiene algún problema para dormir?

9. Tu hija duerme desde ____pm a ____am Número de siestas ____

10. ¿Tiene su hijo algún comportamiento que le gustaría cambiar?

11. ¿Qué haces cuando a tu hija no le importa? _____

12. ¿Su hijo pasa tiempo con otros niños? _____

13. ¿Cepillas los dientes de tu hijo todos los días? _____

DESARROLLO

14. Todos niños aprender cosas en diferente veces. En este punto en su del niño desarrollo, cheque cual de la siguiente él / ella puede hacer.

____ Andar sin ayuda	____ Subir y bajar escalones agarrándose de	____ Imitar las tareas del hogar
____ Señalar los ojos, la nariz y otras partes	____ Comprender instrucciones sencillas	____ Recoger objetos del tamaño de pasas
____ Di 3 palabras que no sean mamá, papá		

ENFERMEDAD

15. Si tu niño es en cualquier medicamentos, nombre a ellos: _____

16. Posee su niño tenía alguna grave enfermedades o necesario para ver un doctor ya que la ultimo ¿chequeo?

17. ¿Hay algo acerca de su hijo que le preocupa o le molesta?

REVISIÓN DE SISTEMAS (Cheque Si su niño posee ninguna de la siguiente ya que la ultimo visitar.)

____ Accidentes/Lesiones/inconsciencia	____ Dificultad para respirar	____ Gran ganancia o pérdida de peso
____ Infecciones de oído/dolores de ído	____ Resfriados o tos frecuentes	____ Cambio reciente en el
____ Problemas de visión o audición	____ Fiebre alta	hogar/familia
____ Infecciones oculares	____ Alergias	
____ Congestión nasal	____ Erupciones en la piel	

OBJETIVO:

ENFERMERÍA DIAGNÓSTICO:

PLAN: (Anticipado Guia Lista de Verificación sobre página 1)

PROVEEDOR FIRMA _____

M-CHAT-R™

Por favor conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta el comportamiento que su hijo/a presenta usualmente. Si ha notado cierto comportamiento algunas veces, pero no es algo que hace usualmente, por favor conteste **no**. Conteste cada una de las preguntas, marcando con un círculo, la palabra **sí** o **no** como respuesta. Muchas gracias.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Si usted señala un objeto del otro lado del cuarto, su hijo/a lo mira?
(POR EJEMPLO ¿Si usted señala un juguete o un animal, su hijo/a mira al juguete o al animal?) | Sí | No |
| 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a? | Sí | No |
| 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO finge beber de una taza vacía, finge hablar por teléfono o finge darle de comer a una muñeca o un peluche) | Sí | No |
| 4. ¿A su hijo/a le gusta treparse a las cosas?
(POR EJEMPLO muebles, escaleras o juegos infantiles) | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo/a hace movimientos inusuales con los dedos cerca de sus ojos?
(POR EJEMPLO ¿Mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda?
(POR EJEMPLO señala un juguete o algo para comer que está fuera de su alcance) | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo/a apunta o señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo interesante?
(POR EJEMPLO señala un avión en el cielo o un camión grande en el camino) | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo/a muestra interés en otros niños?
(POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?) | Sí | No |
| 9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándoselas a usted o levantándolas para que usted las vea, no para pedir ayuda sino para compartirlas con usted?
(POR EJEMPLO le muestra una flor, un peluche o un camión/carro de juguete) | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre?
(POR EJEMPLO ¿Cuando usted lo llama por su nombre: lo mira a usted, habla, balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo?) | Sí | No |
| 11. ¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él o ella le devuelve la sonrisa? | Sí | No |
| 12. ¿A su hijo/a le molestan los ruidos cotidianos?
(POR EJEMPLO ¿Llora o grita cuando escucha la aspiradora o música muy fuerte?) | Sí | No |
| 13. ¿Su hijo/a camina? | Sí | No |
| 14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él/ella o lo/la viste? | Sí | No |
| 15. ¿Su hijo/a trata de imitar sus movimientos? (POR EJEMPLO decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido chistoso que usted haga) | Sí | No |
| 16. ¿Si usted se voltea a ver algo, su hijo/a trata de ver que es lo que usted está mirando? | Sí | No |
| 17. ¿Su hijo/a trata que usted lo mire? (POR EJEMPLO ¿Busca que usted lo/la halague, o dice "mirame"?) | Sí | No |
| 18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo?
(POR EJEMPLO ¿Su hijo/a entiende "pon el libro en la silla" o "tráeme la cobija" sin que usted haga señas?) | Sí | No |
| 19. ¿Si algo nuevo ocurre, su hijo/a lo mira a la cara para ver cómo se siente usted al respecto? Sí
(POR EJEMPLO ¿Si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se voltearía a ver su cara?) | Sí | No |
| 20. ¿A su hijo/a le gustan las actividades con movimiento?
(POR EJEMPLO Le gusta que lo mezan/columpien, o que lo haga saltar en sus rodillas) | Sí | No |