

CLÍNICA INFANTIL CASTLE VALLEY

Visita de mantenimiento de la salud

2 - 3 AÑOS

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		1/4 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. ¿Hay alimentos de mesa que su hijo no comerá? si no

4. ¿Cuántos vasos de cada uno bebe su hijo cada día? Leche Aqua

5. ¿Usa tu hija una cuchara y una taza? si NO

6. ¿Tu hijo tiene algún problema para comer? si no

7. ¿Está su hija en el Programa Suplementario de Alimentos de WIC o Denver? si no

8. ¿Cepillas los dientes de tu hijo todos los días con una pasta dental con flúor? si no

ELIMINACIÓN

9. ¿Su hijo tiene dolor al orinar, micción frecuente, chorro débil o goteante, olor fuerte o extraño a la orina? si no

10. ¿Su hijo experimenta estreñimiento, diarrea, picazón de gusanos alrededor del recto o sangrado de los intestinos? si no

COMPORTAMIENTO

11. ¿Tu hijo tiene algún problema para dormir? si no

12. Tu hija duerme desde _____ pm a _____ am Número de siestas _____

13. ¿Tiene su hijo algún comportamiento que le gustaría cambiar? si no

14. ¿Qué hacer usted hacer cuando su niño no ¿mente? _____

15. Hace su niño gastar tiempo con otro ¿niños? si no

DESARROLLO

16. 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 abajo sin ayuda	____ Pedal un patada de triciclo	____ un pelota
____ Tirar un pelota lavado de cabeza	____ bis/ella propio color de las manos	____ y Escribiendo
____ Construir un torre de cuatro bloques	____ Seguir direcciones tales como "dar me"	____ Poner sobre ropa

17. yo sentir mi del niño desarrollo es: NORMALLABNORMAL_

ENFERMEDAD

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

19. Posee su niño tenía alguna grave enfermedades o necesario para ver un doctor ya que la ultimo ¿chequeo? si no

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

__ Headaches	__ Erupciones en la piel o otro	__ Congestión nasal frecuente
__ Strep sore throats	__ problemas	__ poniéndose azul
__ no puedo mantenerse al día con	__ frecuente resfriados o tos	__ hinchado o doloroso articulaciones /
amigos	__ Estómago esfuerzos	cojera
__ Pierde el equilibrio	__ soplo cardíaco Depresión	
__ herida en la cabeza o inconsciencia	__ reciente peso ganar o pérdida	
__ dientes problemas /dolor de encías	__ cruzado ojos / visión problemas	
__ Alergias	__ Sibilancias o	
__ Convulsión o convulsiones	__ reciente cambio - hogar/ familia	
__ Infecciones de barra o dolores de	__ Anemia	
oído	__ persistente nariz sangra	
__ audiencia problemas	__ problema respiración	
__ chuparse el dedo	__ roto huesos o esguinces	
__ Discurso problemas Hinchado	__ Accidentes /lesiones	

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? (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 |