

Mundelein Pediatrics

Examen de 18 Meses

Nombre: _____ FDN: _____ Fecha: _____

Favor de circular la respuesta que describa mas apropiadamente a su hijo (a):

1. Duerme durante la noche? Si/No Preocupación: _____
() horas por la noche
() horas de siesta durante el dia
2. Buen habito de comer? Si/No Preocupación: _____
Leche () onzas al dia
Jugo de fruta () onzas al dia
3. Orina bien? Si/No Preocupación: _____
4. Tiene el movimiento intestinal Si/No Preocupación: _____
normal?
5. Es puesto en el aciento trasero del Si/No
vehiculo con el aciento de bebe
volteado hacia tras?
6. Toma alguna vitamina? Si/No Nombre del producto: _____
7. Ha visitado el salon de Si/No _____
emergencias?
8. Se ha enfermado desde la ultima Si/No _____
visita?

Favor de circular las respuesta que mas describa el ambiente de su hogar:

1. Hogar y coche sin fumar? Si/No
2. Padres fuman afuera? Si/No Mamá/Papá/Hermanos/Familiar/Niñera
3. Armas de fuego en el hogar? Si/No Si hay, toma medidas de seguridad? Si/No
4. Guarderia: Ninguna/Familiar/Guarderia?/Niñera
5. Proveedor de cuidado primario Mamá/Pápa/ Abuelos
6. Composición del hogar:
Adultos(Nombres/Edad): _____
Niños(Nombres/Edad): _____
7. Alguna enfermedad nueva en los Si/No _____
padres o hermanos?
8. Alguna reacción a las vacunas Si/No
anteriores
9. Rivalidad entre hermanos: Si/No

Tiene alguna preocupación que decee Si/No
preguntar?
