

Mundelein Pediatrics

Examen de 3 Años

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. Toma alguna vitamina? Si/No Nombre del producto: _____
6. Ha visitado el salon de Si/No _____
emergencias?
7. Se ha enfermado desde la ultima Si/No _____
visita?
8. Desarrolladamente: Se viste, juega con su imaginacion, sabe su nombre completo, sabe decir mas de 3 palabras juntas, su vocabulario es mas de 20 palabras, entiende; frio, cansado y hambre, sube los escalones, patea la pelota, colorea con crayones, tira la pelota hacia arriba, reconoce mas de 3 o 4 colores, usa forma plural, juega interactivamente con otro niños.

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. El asiento del bebe es puesto en el Si/No
asiento trasero del vehiculo?
6. Proveedor de cuidado primario Mamá/Pápa/ Abuelos
7. Composición del hogar:
Adultos(Nombres/Edad): _____
Niños(Nombres/Edad): _____
8. Alguna enfermedad nueva en los Si/No _____
padres o hermanos?
9. Alguna reacción a las vacunas Si/No
anteriores
10. Rivalidad entre hermanos: Si/No

Tiene alguna preocupación que decee Si/No
preguntar?
