

Mundelein Pediatrics

Examen de 4-6 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: _____
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 sin supervision, juego de roles, va al baño solo, cuenta 4 objetos exactamente, dice historias, escribe su nombre, puede decir el afabeto, sabe usar la bicicleta de dos llantas con ruedas de entrenamiento, salta en un pie, usa tijeras para cortar dibujos, escala bien

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. Tiempo de Television/video juego Si/No Horas por dia: _____
 5. El asiento del bebe es puesto en el Si/No
asiento trasero del vehiculo?
 6. Usa casco cuando se sube a la Si/No
bicicleta , patines o patineta
 7. Guarderia: Ninguna/Familiar/Guarderia/Niñera
 8. Proveedor de cuidado primario Mamá/Pápa/ Abuelos
 9. Composición del hogar:
Adultos(Nombres/Edad): _____
Niños(Nombres/Edad): _____
 10. Alguna enfermedad nueva en los Si/No _____
padres o hermanos?
 11. Visita al dentista? Si/No
 12. Alguna reacción a las vacunas Si/No
anteriores
 13. Rivalidad entre hermanos: Si/No
- Tiene alguna preocupación que decee Si/No
preguntar?
- _____
- _____
- _____