

**Mundelein Pediatrics**

**Examen de 15 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?
9. Desarrolladamente: toma con vaso, se agarra de sus dedos, imita sonidos, apunta lo que quiere(sin llorar), entiende no, sigue tus direcciones (2 de tres veces), mas de tres palabra que no sea mama o papa, camina bien, sube los escalones con asistensia, hace una raya con crayones, hace torre con tres cubos

***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?*

---

---

---