

**Mundelein Pediatrics**

**Examen de 2 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. Esta entrenando a usar el baño Si/No
5. Tiene el movimiento intestinal Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_  
normal?
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. Tiempo de televisión/Video juego Si/No Horas al dia: \_\_\_\_\_
5. Es puesto en el asiento trasero del Si/No  
vehiculo en el asiento de bebe?
6. Guarderia: Ninguna/Familiar/Guarderia?/Niñera
7. Proveedor de cuidado primario Mamá/Pápa/ Abuelos
8. Composición del hogar:  
Adultos(Nombres/Edad): \_\_\_\_\_  
Niños(Nombres/Edad): \_\_\_\_\_
9. Alguna enfermedad nueva en los Si/No \_\_\_\_\_  
padres o hermanos?
10. Alguna reacción a las vacunas Si/No  
anteriores
11. Rivalidad entre hermanos: Si/No

*Tiene alguna preocupación que decee Si/No  
preguntar?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_