

Cuestionario de examen pediátrico de 1 año y 9 meses.

No.

Nombre : _____ Distrito escolar : (_____)

Fecha de nacimiento : _____ año _____ mes _____ día

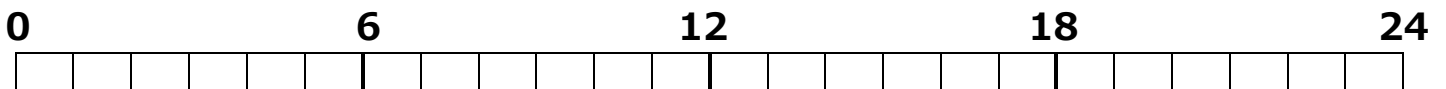
En caso de consultas y preguntas sobre su niño/niña, escríbalo aquí.

1. Puede andar solo/sola. (_____ año _____ meses)
2. ¿Tiene alguna preocupación sobre andar? (No • Sí)
3. ¿Si dibuja Vd. un círculo, imita dibujando lo mismo? (Sí • No)
4. ¿Contesta cuando se le pregunta que traiga a Vd.? (Sí • No)
5. Empieza a decir las palabras con significado. (_____ año _____ meses)
6. Empieza a pedir lo que quiere señalando con su dedo. (_____ año _____ meses)
7. Empieza a señalar a las cosas encontradas fuera para infomarlo a Vd. (_____ año _____ meses)
8. En caso de mostrar un libro ilustrado y preguntar a su niño/niña ,
puede contestar correctamente señalando con su dedo. (_____ año _____ meses)
9. Escriba las palabras que habla su niño/niña recientemente.
(_____)
10. ¿Vuelva la cabeza cuando se llama por su nombre con susurro? (Sí • No)
11. ¿Si intenta ayudar a su niño/niña, dice claramente como “no” o “más”?
(Sí (_____ año _____ meses) • No)
12. ¿Cómo su niño/niña pide algo que desea los objetos?
a . Llevar la mano de adulto. b . Indicar con su dedo. c . Hablar con palabra.
d . Tomar por sí mismo sin decir a adulto . e . No reclamar.
13. ¿Se queja al adulto cuando tiene problema. (Sí • No)
14. Marque con los círculos a todas las siguientes cosas que muestra su niño/niña.
• Aparta la mirada a menudo. • Cuando llama, no vuelva. • Juega sólo en general.
• No está mimoso. • Se mueve demasiado. • No come sentado quieto.
• Tarda mucho en dormirse. • Lloro por la noche. • Es demasiado tranquilo.
• No ha hecho imitación que puede antes.
15. ¿Siente pesado cuando sale con su niño/niña? (No • Sí)
16. ¿Siente Vd. a menudo irritato o frustrado por la crianza de su niño/niña?
(No • No poder contestar • Sí)

Continúa al dorso



17. ¿Tiene alguna cosa que quiere consultar sobre Vd. mismo? (No • Sí)
 []
18. ¿Tiene alguna preocupación sobre los ojos y las orejas de su niño/niña?
 (No • Sí)
19. ¿Ha tenido convulsión sin fiebre o con fiebre alguna vez? (No • Sí)
20. ¿Trata de quitarse el traje por sí mismo? (Sí • No)
21. ¿Le dice después de evacuación? (Sí • No)
22. ¿Quiere hacer lo mismo que Vd.? (aspirador, llave etc...) (Sí • No)
23. Marque las comidas que come su niño/niña. (Desayuno • Almuerzo • Cena)
24. ¿Intenta comer por sí mismo? (Sí • No) (Cuchara • Mano)
25. ¿Come con la familia? (Sí • No)
26. ¿Hay la oportunidad de jugar con otros niños? (Sí • No)
27. ¿Cómo juega normalmente?
 [Dentro de casa]
 [Fuera de casa]
28. La frecuencia de caminar y jugar de afuera. (veces a la semana)
29. Ritmo del día. (Pinte con negro a los espacios de horas cuando duerme su niño.)



30. ¿Cuándo siente divertido Vd. en la crianza de su niño/niña?
 []

Sobre la salud de los dientes y la boca.

- ¿Puede cepillar a los dientes? (No • Sí)
 En caso de "Sí", ¿Ayuda de adulto? (Sí • No)
 (A veces • Todas las mañanas • Todas las noches • Después de comida)
- ¿ Chupa los dedos o usa el chupete? (No • Sí)
- ¿Utiliza biberón"? (No • Sí)
 En caso de "Sí", Contenido (cc) ¿Cúando? ()
- ¿Ha terminado la lactancia? (No • Sí)
- Sobre la merienda. (Regularmente (____veces al día) • Irregularmente)
 [Contenido]
- Bebidas principales (cc de leche) Otros (cc de) (cc de)
- ¿ Tiene muy definidos gusto de las comidas? (No • Sí)
- ¿ Mastica bien durante las comidas? (Sí • No)

