

# 14 TO 15 MONTH WELL CHECK HEALTH QUESTIONNAIRE



**This information is confidential.**

Your answers help your physician or nurse practitioner choose the best topics to discuss with you at this visit. Skip any questions that you don't understand or that do not apply.

**PHONE:** \_\_\_\_\_

## How does your child show affection? Do you have any questions or concerns?

1. Have you weaned your child from the bottle?  No  Yes
2. Do you feed your child Vitamin D whole (full fat) cow's milk? If yes, how much in 24 hours?  No  Yes
3. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day?  No  Yes  
 Don't know
4. Do you offer your child several servings of vegetables and fruits everyday?  No  Yes
5. Does your child watch TV or videos?  Yes  No
6. Do you always cook on the back burners of the stove and turn the pot handles away from the edge?  No  Yes
7. Have you turned your water heater temperature down to low/warm (less than 120°F)?  No  Yes
8. Do you have smoke detectors in your home and do you check them regularly?  No  Yes
9. Do you place your child in a car seat in the back seat for every ride?  No  Yes
10. Do you know what to do if your child is choking?  No  Yes
11. Do you keep all medications, house cleaning products, and poisons in a locked cabinet out of sight?  No  Yes
12. Does your child spend time in a home where anyone smokes?  Yes  No
13. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, surgeries, changes, or stresses for your family or child? If yes, please list:  Yes  No
14. Please list any medications your child is taking: \_\_\_\_\_
15. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list:  Yes  No
16. Has your child seen a dentist?  No  Yes
17. Do you brush your child's teeth with water every day?  No  Yes
18. Does your child ever sleep with a bottle or sippy cup?  Yes  No
19. Do you read to your child every day?  No  Yes
20. Does your child feed himself or herself with a spoon?  No  Yes
21. Does your child scribble (with crayons, markers, etc.)?  No  Yes
22. Does your child follow simple directions?  No  Yes
23. Does your child say three to six words?  No  Yes
24. Does your child walk well?  No  Yes
25. Does your child point to show you what he or she wants?  No  Yes
26. Does your child bring you objects to show them to you?  No  Yes
- 27a. Is your child in day care?  Yes  No
- 27b. Who else takes care of your child? \_\_\_\_\_
28. Do you yell at or spank your child?  Yes  No
29. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?**  No  Yes
30. Has your child ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)?  Yes  No

### CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: \_\_\_\_\_

Parent signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 14 A 15 MESES

## Esta información es confidencial.

Sus respuestas ayudarán a que su médico o enfermera especializada seleccione los mejores temas para comentar con usted en esta visita. Ignore las preguntas que no entienda o que no le correspondan.

PHONE:

## ¿Cómo muestra afecto su hijo? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Ha dejado su hijo el biberón?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ¿Le da a su hijo leche de vaca entera (con grasa) con vitamina D? Si responde sí, ¿cuánta leche toma en 24 horas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3. ¿Bebe su hijo agua con fluoruro o toma gotas de fluoruro todos los días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sé
4. ¿Le ofrece a su hijo varias porciones de verduras y frutas todos los días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5. ¿Su hijo mira televisión o videos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Cocina siempre en los quemadores de atrás de la estufa y gira las ollas para que los mangos queden hacia adentro?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7. ¿Ha bajado la temperatura del calentador de agua a la posición de bajo/tibio (menos de 120 °F)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8. ¿Tiene detectores de humo en su hogar? ¿Los revisa frecuentemente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9. ¿Coloca siempre a su bebé en una silla de auto mirando hacia atrás en el asiento trasero cada vez que viaja en auto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10. ¿Sabe qué debe hacer si su hijo se está asfixiando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11. ¿Guarda todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y productos venenosos en gabinetes cerrados y fuera del alcance de la vista?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar donde hay fumadores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. Desde la última revisión de niño sano, ¿ha tenido su hijo o algún miembro de su familia una enfermedad, una hospitalización, algún cambio o estrés IMPORTANTES? Si responde Sí, indíquelo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo:	
15. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si responde Sí, indíquelo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Ha consultado su hijo a un dentista?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
17. ¿Cepilla los dientes de su hijo con agua todos los días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
18. ¿Duerme su hijo alguna vez con un biberón o una tacita entrenadora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Lee para su hijo todos los días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
20. ¿Puede su hijo usar una cuchara para comer solo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
21. ¿Hace su hijo garabatos (con lápices de colores, marcadores, etc.)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
22. ¿Sigue su hijo instrucciones simples?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
23. ¿Dice su hijo de tres a seis palabras?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
24. ¿Camina bien su hijo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
25. ¿Puede su hijo señalar con el dedo para indicar lo que quiere?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
26. ¿Le trae su hijo objetos para mostrárselos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
27a. ¿Va su hijo a una guardería infantil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27b. ¿Qué otras personas cuidan a su hijo?	
28. ¿Le grita o le pega a su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
29. <b>¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
30. ¿Ha tenido su hijo una reacción a una vacuna (por ejemplo, fiebre alta)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre/Parent signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_