

9 TO 10 MONTH WELL CHECK HEALTH QUESTIONNAIRE



IMPRINT AREA

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: _____

What is your baby like these days? Do you have any questions or concerns?

Have you signed up to receive our Healthy Babies Online newsletter? No Yes

CLINIC COUNSELING

1. Do you feed your baby breast milk? No Yes
2. Do you feed your baby infant formula with iron? No Yes
3. Do you feed your child cereal with iron or meat every day? No Yes
4. Does your baby drink any water with fluoride or take fluoride drops every day? No Yes
5. Do you always place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat? No Yes
6. Do you keep all medications, house cleaning products, and poisons in a locked cabinet out of sight? No Yes
7. Do you have the poison control center phone number near your telephone? No Yes
8. Have you placed safety gates at the top and bottom of stairs? No Yes
9. Has your baby ever been a victim of abuse or violence? Yes No
10. Does your baby spend time in a home where anyone smokes? Yes No
11. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, surgeries, changes, or stresses for your family or baby? If yes, please list: Yes No
12. Please list any medications your baby is taking: _____
13. Does your baby receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? Yes No
14. Does your baby live in, or spend a lot of time in, a place built **before 1978** that has peeling or chipped paint or that has been **recently** renovated? Yes No
15. Does your child receive Medi-Cal or other government assistance (WIC)? Yes No
16. Has anyone who lives in your house or a baby sitter ever had a positive TB (Tuberculosis) skin test or active TB? Yes No
17. Were you (or any household member) born outside of the United States, or have you recently traveled to a developing country (Central or South America, Asia, or Africa)? Yes No
18. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No
19. Does your baby sleep through the night? No Yes
20. Do you read to your baby every day? No Yes
21. Does your baby wave bye-bye? No Yes
22. Does your baby pull himself or herself up to standing? No Yes
23. Can your baby pick up things with thumb and pointer finger? No Yes
24. Does your baby babble? No Yes
25. Has your baby ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)? Yes No

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: _____ Date: _____

Sign: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL BEBÉ SALUDABLE DE 9 A 10 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: _____

¿Qué hay de nuevo con su bebé últimamente? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Alimenta a su bebé con leche materna? No Sí
2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula infantil con hierro? No Sí
3. ¿Alimenta a su niño con cereal con hierro o carne todos los días? No Sí
4. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma gotas de flúor todos los días? No Sí
5. ¿Coloca siempre a su bebé en una silla de auto mirando hacia atrás el asiento trasero? No Sí
6. ¿Mantiene usted todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y venenos bajo llave en un gabinete fuera de la vista? No Sí
7. Tiene el número de teléfono del centro de control de envenenamientos cerca de su teléfono? No Sí
8. ¿Ha colocado puertas de seguridad en la parte de arriba y de abajo de las escaleras? No Sí
9. ¿Ha sido alguna vez su bebé víctima de abuso o violencia? Sí No
10. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? Sí No
11. Desde su último examen de niño saludable, ¿ha habido alguna enfermedad, hospitalización, cirugía, cambios o razones de estrés IMPORTANTES para su familia o para su niño? En caso afirmativo, enumere: Sí No
12. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su bebé: _____
13. ¿Recibe su bebé cuidado de salud de alguien más además que un doctor en medicina (tal como un acupunturista, herbalista, curandero u otro sanador)? Sí No
14. ¿Vive su bebé o pasa tiempo en una casa construida antes de 1978 que tenga pintura que se esté pelando o que esté desconchada o que haya sido renovada recientemente? Sí No
15. ¿Tiene su bebé Medi-Cal u otra ayuda del gobierno (tal como WIC)? Sí No
16. ¿Ha tenido alguien que viva en su casa o que cuide a su niño una prueba de la piel de tuberculosis positiva o una tuberculosis activa? Sí No
17. ¿Nació usted (o cualquier miembro del hogar) fuera de los Estados Unidos, o ha viajado usted recientemente a un país en desarrollo (América Central o del Sur, Asia o África)? Sí No
18. ¿Ha vivido su bebé fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? Sí No
19. ¿Duerme su bebé toda la noche? No Sí
20. ¿Le lee a su bebé todos los días? No Sí
21. ¿Dice su bebé adiós con la mano? No Sí
22. ¿Puede su bebé pararse por su cuenta mientras se agarra de algo? No Sí
23. ¿Puede su bebé recoger cosas con el pulgar y el dedo índice? No Sí
24. ¿Barbulla su bebé? No Sí
25. ¿Ha tenido su bebé alguna vez una reacción a una vacuna (como por ejemplo fiebre alta) Sí No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

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