

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?

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| 1. Do you feed your baby breast milk? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 2. Do you feed your baby formula? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 3. Do you feed your baby iron-rich foods such as meat, iron-fortified cereals or beans? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 4. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Don't know |
| 5. Do you always place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat for every ride? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 6. Do you keep all medications, house cleaning products, and poisons in a locked cabinet out of sight? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 7. Do you have the Poison Control Center phone number near your telephone and saved in your cell phone? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 8. Have you placed safety gates at the top and bottom of stairs? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> I don't have stairs |
| 9. Do you watch your child at all times around water (including toilets, bathtubs, pools/hot tubs, and buckets)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 10. Has your baby ever been a victim of abuse or violence? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Does your baby spend time in a home where anyone smokes? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 12. 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: | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Please list any medications your baby is taking: | | |
| 14. Does your baby receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 15. 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? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 16. Does your child receive Medi-Cal or other government assistance (WIC)? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 17. Has anyone who lives in your house or who cares for your baby ever had a positive TB (Tuberculosis) skin test or active TB? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 18. 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)? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 19. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 20. Does your baby sleep through the night? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 21. Do you read to your baby every day? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 22. Does your baby show some fear of strangers? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 23. Does your baby pull himself or herself up to standing? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 24. Can your baby pick up things with thumb and pointer finger? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 25. Does your baby babble? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 26. Have you signed up to receive our <i>Healthy Babies</i> online newsletter? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 27. Has your baby ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

CLINIC COUNSELING

- 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? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. ¿Le da a su bebé alimentos con alto contenido de hierro, como carne, cereales enriquecidos con hierro o frijoles? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. ¿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 | |
| 5. ¿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 |
| 6. ¿Mantiene usted todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y venenos bajo llave en un gabinete fuera de la vista? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ¿Tiene el número del Centro de toxicología (Poison Control Center) cerca del teléfono y guardado en su teléfono celular? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 8. ¿Ha colocado puertas de seguridad al inicio y en la parte superior de las escaleras? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| | <input type="checkbox"/> No tengo escaleras | |
| 9. ¿Vigila a su hijo todo el tiempo cuando está cerca del agua (incluyendo inodoro, bañera, piscina, jacuzzi y cubetas)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 10. ¿Ha sido alguna vez su bebé víctima de abuso o violencia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. 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: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo: | | |
| 14. ¿Recibe su bebé cuidado de salud de alguien más además de un doctor en medicina (tal como un acupunturista, herbalista, curandero u otro sanador)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿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? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Tiene su bebé Medi-Cal u otra ayuda del gobierno (tal como WIC)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 17. ¿Alguna de las personas que vive en su hogar o que cuida a su bebé han tenido un resultado positivo en una prueba de la piel de tuberculosis (TB) o bien tienen tuberculosis activa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 18. ¿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)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 19. ¿Ha vivido su bebé fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 20. ¿Duerme su bebé toda la noche? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 21. ¿Le lee a su bebé todos los días? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 22. ¿Muestra su bebé algún tipo de temor hacia los extraños? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 23. ¿Puede su bebé pararse por su cuenta mientras se agarra de algo? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 24. ¿Puede su bebé recoger cosas con el pulgar y el dedo índice? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 25. ¿Balbucea su bebé? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 26. ¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico <i>Healthy Babies</i>? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 27. ¿Ha tenido su bebé 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

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

Sign: _____