

18 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 are you and your partner managing your child's behavior? Do you have any questions?

1. Have you weaned your child from the bottle? No Yes
2. Do you avoid foods your child may choke on such as nuts, hard or jelly candies, hot dogs, or raw vegetables (unless chopped small or shredded)? No Yes
3. Do you limit chips, sweets, and juice (less than 1/2 cup a day)? No Yes
4. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day? No Yes
 Don't know
5. Does your child watch TV or videos? Yes No
6. Do you offer your child several servings of vegetables and fruits every day? No Yes
7. Do you watch your child at all times when playing near a street or driveway? No Yes
8. Do you watch your child at all times around water (bathtubs, pools/ hot tubs, or buckets)? No Yes
9. Do you ever leave your child alone at home or in a car? Yes No
10. Do you have locks or window guards for all 2nd floor windows in your home? No Yes
 No 2nd Floor
11. Do you have the Poison Control Center phone number near your telephone and saved in your cell phone? No Yes
12. Do you have an escape plan from the house in the event of an earthquake or fire? No Yes
13. Do you store all guns in your home unloaded and locked up? No Yes
 I don't have guns
14. Do you brush your child's teeth with water every day? No Yes
15. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
16. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, surgeries, changes, or stresses for your family or child? Yes No
If yes, please list:
17. Please list any medications your child is taking:
18. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
19. Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? Yes No
20. Do you put sunscreen on your child for sun exposure longer than 10 minutes? No Yes
21. If you say "get your shoes," will your child get them? No Yes
22. Can your child throw a ball? No Yes
23. Can your child eat with a spoon? No Yes
24. Does your child say at least six different words? No Yes
25. Does your child point to at least one body part? No Yes
26. Does your child scribble with crayons? No Yes
27. Do you yell at or spank your child? Yes No
28. **Have you signed up to receive our Online Newsletters for Parents?** No Yes
29. 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 18 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:

¿Están usted y su compañero controlando la conducta del niño? ¿Tiene alguna pregunta?

1. ¿Ha dejado su hijo el biberón? No Sí
2. ¿Evita los alimentos con los que su hijo puede asfixiarse, tales como nueces, caramelos duros o de jalea, hot dogs o verduras crudas (a menos que estén cortadas en trozos pequeños o picadas)? No Sí
3. ¿Limita el consumo de papitas, golosinas y jugos (a menos de 1/2 taza al día)? No Sí
4. ¿Su hijo bebe agua con flúor o toma gotas de flúor todos los días? No Sí
 No sé
5. ¿Su hijo mira televisión o videos? Sí No
6. ¿Le ofrece a su hijo varias porciones de verduras y frutas todos los días? No Sí
7. ¿Vigila a su hijo permanentemente cuando está cerca de la calle o la entrada del estacionamiento? No Sí
8. ¿Vigila a su hijo todo el tiempo cuando está cerca del agua (como en una bañera, una piscina o jacuzzi o una cubeta)? No Sí
9. ¿Alguna vez deja a su hijo solo en casa o en el auto? Sí No
10. ¿Hay cerraduras o protecciones en todas las ventanas del 2.º piso de su hogar? No Sí
 No hay 2.º piso
11. ¿Tiene el número del Centro de toxicología (Poison Control Center) cerca del teléfono y guardado en su teléfono celular? No Sí
12. ¿Tiene un plan de escape en caso de terremoto o incendio? No Sí
13. ¿Guarda todas sus armas descargadas y bajo llave? No Sí
 No tengo armas
14. ¿Cepilla los dientes de su hijo con agua todos los días? No Sí
15. ¿Pasa su hijo tiempo en un hogar donde hay fumadores? Sí No
16. 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: Sí No
17. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo:
18. ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si responde Sí, indíquelo: Sí No
19. ¿Recibe su hijo atención de la salud de otra persona además de su médico (por ejemplo, un acupunturista, un experto en hierbas, un curandero u otro sanador)? Sí No
20. ¿Le pone crema con protección solar a su hijo cuando se expone al sol durante más de 10 minutos? No Sí
21. ¿Si usted dice "Ve a buscar tus zapatos", su hijo lo hace? No Sí
22. ¿Puede su hijo arrojar un balón? No Sí
23. ¿Puede su hijo comer con una cuchara? No Sí
24. ¿Dice su hijo por lo menos seis palabras diferentes? No Sí
25. ¿Puede su hijo señalar por lo menos una parte del cuerpo? No Sí
26. ¿Hace su hijo garabatos con lápices de colores? No Sí
27. ¿Le grita o le pega a su hijo? Sí No
28. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico Newsletters for Parents?** No Sí
29. ¿Ha tenido su hijo una reacción a una vacuna (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: _____