

21 TO 24 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 is your child behaving these days? Do you have any questions or concerns?

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

1. Do you feed your child low-fat (1%) or nonfat milk starting at age 2? No Yes

2. Do you avoid feeding your child foods that he or she may choke on (nuts, hard or jelly candies, popcorn, raw vegetables)? No Yes

3. Do you limit crackers, chips, candy, and juice (less than 6 ounces per day)? No Yes

4. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day? No Yes

5. Does your child ever use a bottle? Yes No

6. Does your child always ride in a car seat in the back seat? No Yes

7. Do you watch your child at all times around water (like a pool, hot tub, or bucket)? No Yes

8. Do you have locks or window guards on all 2nd floor windows in your home? No Yes
 No 2nd Floor

9. Do you put sunscreen on your child for sun exposure longer than 10 minutes? No Yes

10. Does your child 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 child? If yes, please list: Yes No

12. Please list any medications your child is taking: _____

13. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No

14. Do you brush your child's teeth with toothpaste every day? No Yes

15. Does your child 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

16. Does your child receive Medi-Cal or other government assistance (WIC)? Yes No

17. Has anyone who lives in your house or a baby sitter ever had a positive TB (tuberculosis) skin test or active TB? Yes 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)? Yes No

19. Has your child lived outside the U.S. for more than one month? Yes No

20. Do you use "time-out" when your child behaves badly? No Yes

21. Can your child kick a ball forward? No Yes

22. Can your child say two-word sentences? No Yes

23. Can your child say more than 20 words? No Yes

24a. Does your child live with both parents? No Yes

24b. Who else lives in your home? _____

25a. Is your child in day care or preschool? Yes No

25b. Who else takes care of your child? _____

26. 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 21 A 24 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 se está comportando su hijo estos días? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Alimenta a su niño con leche baja en grasa (1%) o leche sin grasa empezando a los 2 años? No Sí
2. ¿Evita darle a su niño alimentos con los que se pueda atragantar (tales como nueces, dulces duros o blandos, palomitas de maíz, verduras crudas)? No Sí
3. ¿Limita usted las galletas, papas fritas, dulces y jugos/bebidas gaseosas (a menos de 6 onzas diarias)? No Sí
4. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma gotas de flúor todos los días? No Sí
5. ¿Usa su niño alguna vez un biberón? Sí No
6. ¿Viaja siempre su niño en una silla de auto en el asiento trasero? No Sí
7. ¿Vigila a su niño todo el tiempo cuando está cerca de agua? (por ejemplo, una piscina, una tina de agua caliente o un balde con agua) No Sí
8. ¿Tiene cerrojos o protectores de ventanas para todas las ventanas del segundo piso de su casa? No Sí
 No tiene segundo piso
9. ¿Aplica loción protectora solar a su niño para una exposición al sol de más de 10 minutos? No Sí
10. ¿Pasa su niño 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: Sí No
12. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su niño:
13. ¿Tiene su niño alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
14. ¿Cepilla los dientes de su niño con pasta dental todos los días? No Sí
15. ¿Vive su niño o pasa tiempo en una casa construida **antes de 1978** y que tenga pintura que se esté pelando o que esté desconchada o que haya sido renovada **recientemente**? Sí No
16. ¿Recibe su niño Medi-Cal u otra ayuda del gobierno? (por ejemplo, WIC)? Sí No
17. ¿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
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)? Sí No
19. ¿Ha vivido su niño fuera de los Estados Unidos por más de 1 mes? Sí No
20. ¿Hace que su niño tome un «tiempo aparte» cuando se porta mal? No Sí
21. ¿Puede su niño patear una pelota hacia adelante? No Sí
22. ¿Puede su niño decir oraciones de 2 palabras? No Sí
23. ¿Puede su niño decir más de 20 palabras? No Sí
- 24a. ¿Vive su niño con ambos padres? No Sí
- 24b. ¿Quién más vive en su casa?
- 25a. ¿Va su niño a una guardería o a un establecimiento preescolar? Sí No
- 25b. ¿Quién más cuida a su niño?
26. ¿Ha tenido su niño 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: _____