

# 14-15 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?  No  Yes
3. Does your child drink any water with fluoride or take fluoride drops every day?  No  Yes
4. Do you always cook on the back burners of the stove and turn the pot handles away from the edge?  No  Yes
5. Have you turned your water heater temperature down to low/warm (less than 120°F)?  No  Yes
6. Do you have smoke detectors in your home, and do you check them regularly?  No  Yes
7. Do you always place your child in a car seat facing forwards, in the back seat?  No  Yes
8. Do you know what to do if your child is choking?  No  Yes
9. Do you keep all medications, house cleaning products, and poisons in a locked cabinet out of sight?  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 water every day?  No  Yes
15. Does your child ever sleep with a bottle or drinking cup?  Yes  No
16. Do you read with your child every day?  No  Yes
17. Does your child feed himself or herself with a spoon?  No  Yes
18. Does your child scribble (with crayons, markers, etc.)?  No  Yes
19. Does your child follow simple directions?  No  Yes
20. Does your child say three to six words?  No  Yes
21. Does your child walk well?  No  Yes
- 22a. Is your child in day care?  Yes  No
- 22b. Who else takes care of your child?
23. Do you yell at or spank your child?  Yes  No
24. 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 destetado ya a su niño del biberón?  No  Sí
2. ¿Le da usted a su niño leche entera de vaca (con toda la grasa) con vitamina D?  
En caso afirmativo, ¿cuánto le da?  No  Sí
3. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma tabletas de flúor todos los días?  No  Sí
4. ¿Cocina siempre en los fogones de atrás de la estufa y aleja las manijas de las ollas del borde de la estufa?  No  Sí
5. ¿Ha bajado la temperatura del calentador de agua a bajo/tibio (menos de 120°F)?  No  Sí
6. ¿Tiene detectores de humo en casa y los revisa regularmente?  No  Sí
7. ¿Coloca siempre a su niño en una silla de auto mirando hacia el frente en la silla trasera?  No  Sí
8. ¿Sabe qué hacer si su niño se está atragantando?  No  Sí
9. ¿Mantiene usted todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y venenos bajo llave en un gabinete fuera de la vista?  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, enumere:  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 agua todos los días?  No  Sí
15. ¿Duerme alguna vez su niño con un biberón o con un vaso?  Sí  No
16. ¿Lee con su niño todos los días?  No  Sí
17. ¿Se alimenta su niño con una cuchara?  No  Sí
18. ¿Hace su niño garabatos? (por ejemplo, con creyones, marcadores, etc.)  No  Sí
19. ¿Sigue su niño instrucciones sencillas?  No  Sí
20. ¿Dice su niño entre 3 y 6 palabras?  No  Sí
21. ¿Camina bien su niño?  No  Sí
- 22a. ¿Está su niño en una guardería?  Sí  No
- 22b. ¿Quién más cuida a su niño? \_\_\_\_\_
23. ¿Le grita o le da nalgadas a su niño?  Sí  No
24. ¿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: \_\_\_\_\_