

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 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, sweets, 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. Do you watch your child at all times when playing near a street or driveway? No Yes
6. Do you watch your child at all times around water (like a pool, hot tub, or bucket)? No Yes
7. Do you ever leave your child alone at home or in a car? Yes No
8. Do you have locks or window guards for all 2nd floor windows in your home? No Yes
 No 2nd Floor
9. Do you have the poison control center phone number near your telephone? No Yes
10. Do you have an escape plan from the house in the event of an earthquake/fire? No Yes
11. Do you store all guns in your home unloaded and locked up? No Yes
 I don't have guns
12. Do you brush your child's teeth with water every day? No Yes
13. Does your child spend time in a home where anyone smokes? Yes No
14. 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
15. Please list any medications your child is taking:
16. Does your child have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
17. Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? Yes No
18. Do you put sunscreen on your child for sun exposure longer than 10 minutes? No Yes
19. If you say "get your shoes," will your child get them? No Yes
20. Can your child throw a ball? No Yes
21. Can your child eat with a spoon? No Yes
22. Can your child say 7-10 words? No Yes
23. Can your child point to three body parts when asked? No Yes
24. Do you yell at or spank your child? Yes No
25. 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

Parent signature: _____ Date: _____

Sign: _____

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 destetado a su niño del biberón? _____
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 las galletas, dulces y jugo (a menos de 6 onzas diarias)? No Sí
4. ¿Toma su niño algún agua con flúor o toma tabletas de flúor todos los días? No Sí
5. ¿Vigila a su niño todo el tiempo que se encuentre jugando cerca de una calle o de un garaje? No Sí
6. ¿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
7. ¿Deja alguna vez solo a su niño en casa o en el auto? Sí No
8. ¿Tiene cerrojos o protectores de ventanas para todas las ventanas del segundo piso de su casa? No Sí
 No tiene segundo piso
9. ¿Tiene el número de teléfono del centro de control de envenenamientos cerca de su teléfono? No Sí
10. ¿Tiene un plan de escape de la casa en caso de terremoto o incendio? No Sí
11. ¿Guarda todas las armas de fuego en su casa descargadas y bajo llave? No Sí
 No tengo armas de fuego
12. ¿Cepilla los dientes de su niño con agua todos los días? No Sí
13. ¿Pasa su niño tiempo en una casa donde alguien fuma? Sí No
14. 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
15. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su niño: _____
16. ¿Tiene su bebé alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
17. ¿Recibe su niño cuidado de salud de alguien más además que un doctor en medicina (tal como un acupunturista, herbalista, curandero u otro sanador)? Sí No
18. ¿Le aplica a su niño loción protectora solar cuando va a estar expuesto al sol por más de 10 minutos? No Sí
19. Si usted dice: "trae tus zapatos", ¿los traerá su niño? No Sí
20. ¿Puede su niño tirar una pelota? No Sí
21. ¿Puede su niño comer con una cuchara? No Sí
22. ¿Puede su niño decir de 7 a 10 palabras? No Sí
23. ¿Puede su niño señalar tres partes del cuerpo cuando se lo piden? No Sí
24. ¿Le grita o le da nalgadas a su niño? Sí No
25. ¿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: _____