

Revisión del niño sano a la edad de 3 años

Nombre: _____

Fecha: _____

Dieta:

¿El niño recibe calcio 700 mg /al día y vitamina D (600 UI /al día)? _____

Dental:

¿Te has hecho tratamientos con fluoruro? _____

¿El niño usa pasta dental con fluoruro dos veces al día? _____

¿El niño ha ido al dentista? _____

Eliminación:

¿Su hijo tiene heces regulares? _____

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? _____

¿Su hijo a tenido accidentes para ir al baño? _____

Dormir:

¿Su hijo está durmiendo de 11 a 13 horas? _____

¿Su hijo duerme toda la noche? _____

¿Su hijo tiene tiempo tranquilo por la noche? _____

Comportamiento/temperamento

¿Tienes alguna inquietud?

Desarrollo:

¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo, comportamiento o aprendizaje de su hijo? Si No

En caso afirmativo, sírvase describir:

Los niños de 3 años casi todos lo harán (por favor, marque sí o no)

- Lavarse y secarse las manos Sí No
- Se cepilla los dientes con ayuda si no
- Nombra un amigo si no
- Copia una línea vertical si no
- Hace una torre de 8 cubos si no
- Salto amplio si no
- Mantiene el equilibrio por un segundo en cada pie si no
- Dice oraciones de 2-3 palabras si no

Algunos niños pueden

- Se cepilla los dientes sin ayuda si no
- Juega un juego de mesa o de cartas si no
- Se viste sin ayuda si no
- Elige la línea más larga entre dos líneas si no
- Mueve los dedos pulgares si no
- El habla es 100% comprensible si no
- Nombra un color si no
- Mantiene equilibrio en un pie durante 3 segundos si no

Social:

¿Algún cambio en el hogar o nuevos factores estresantes?



Ages & Stages Questionnaires®

34 meses 16 días a 38 meses 30 días

Cuestionario de 36 meses



Favor de proveer los siguientes datos. Al completar este formulario, use solamente una pluma de tinta negra o azul y escriba legiblemente con letra de molde.

Fecha en que se completó el cuestionario: _____

Información del niño/a:

Nombre del niño/a: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s) del niño/a: _____

Sexo del niño/a:
 Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Información de la persona que está llenando este cuestionario

Nombre: _____ Inicial de su segundo nombre: _____ Apellido(s): _____

Dirección: _____

Parentesco con el niño/a:
 Padre/madre Tutor Maestro/a Educador/a o asistente de preescolar
 Abuelo/a u otro pariente Madre/padre de acogida Otro/a: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

País: _____ # de teléfono de casa: _____ Otro # de teléfono: _____

Su dirección electrónica: _____

Los nombres de las personas que le están ayudando a llenar este cuestionario: _____

Información del programa

de identificación del niño/a: _____

de identificación del programa: _____

Nombre del programa: _____

En las siguientes páginas Ud. encontrará una serie de preguntas sobre diferentes actividades que generalmente hacen los niños. Puede ser que su niño/a ya pueda hacer algunas de estas actividades, y que todavía no haya realizado otras. Después de leer cada pregunta, por favor marque la respuesta que indique si su niño/a hace la actividad regularmente, a veces, o todavía no.

Puntos que hay que recordar:

- Asegúrese de intentar cada actividad con su niño/a antes de contestar las preguntas.
- Complete el cuestionario haciendo las actividades con su niño/a como si fueran un juego divertido.
- Asegúrese de que su niño/a haya descansado y comido.
- Por favor, devuelva este cuestionario antes de esta fecha: _____.

Notas:

COMUNICACION

| | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1. Al pedirle a su niño que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? (Las puede señalar en su propio cuerpo, en el de Ud. o en una muñeca. Marque "a veces" si señala correctamente al menos tres partes del cuerpo.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 2. ¿Forma su niña oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 60px; width: 100%;"></div> | | | | |
| 3. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño: "Pon el libro <i>encima</i> de la mesa y pon el zapato <i>debajo</i> de la silla". ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 4. Al mirar un libro de ilustraciones, ¿puede su niña decirle lo que pasa en la ilustración o nombrar la actividad que se muestra (por ejemplo, "ladra", "come", "corre", "llora")? Ud. puede preguntarle, "¿Qué hace el perro (o el niño)?" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 5. Enséñele a su niño como el cierre (cremallera) de un abrigo sube y baja y dígame: "Mira, esto sube y baja". Suba el cierre hasta la mitad y pídale que lo <i>baje</i> . Suba el cierre hasta la mitad otra vez y pídale que lo <i>suba</i> . Repita esto varias veces antes de pedirle que lo haga solo. ¿Siempre sube el cierre cuando Ud. le dice "súbelo" y siempre lo baja al decirle "bájalo"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |
| 6. Al preguntarle a su niña, "¿Cómo te llamas?" ¿responde diciendo su nombre y apellido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | — |

TOTAL EN COMUNICACION —

MOTORA GRUESA

| | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 2. ¿Puede saltar su niño, levantando ambos pies del suelo a la vez? |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 3. ¿Sube las escaleras su niño poniendo sólo un pie en cada escalón? (El pie izquierdo en un escalón y el derecho en el siguiente.) Puede agarrarse de la barandilla o de la pared. (Ud. puede hacer esta observación en lugares como una tienda, el parque, o en casa.) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 4. ¿Puede pararse su niña en un solo pie por aproximadamente 1 segundo sin agarrarse de nada? |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 5. Al estar de pie, ¿su niño lanza una pelota hacia adelante, levantando el brazo a la altura del hombro? (Marque "todavía no" si la deja caer o si la tira desde la altura de la cintura.) |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| 6. ¿Salta su niña hacia adelante con los dos pies juntos al menos 6 pulgadas (o 15 centímetros)? |  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |
| TOTAL EN MOTORA GRUESA | | | | | ___ |

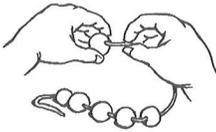
MOTORA FINA

| | | SI | A VECES | TODAVIA NO | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|
| 1. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en una hoja de papel con un lápiz, una crayola, o una pluma, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea vertical, copiando lo que Ud. hizo? | <p>Marque "sí"</p>  <hr/> <p>Marque "todavía no"</p>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ___ |

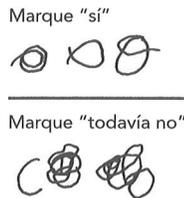
MOTORA FINA *(continuación)*

SI A VECES TODAVIA NO

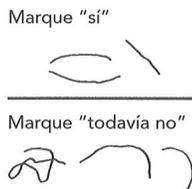
2. ¿Sabe meter un cordón (o agujeta) por el agujero de objetos pequeños como cuentas de madera, sopa de macarrones o de rueditas, o por los agujeros de los zapatos?



3. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niña que dibuje un círculo como el suyo. No la deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niña dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?



4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niño que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño dibuja una línea horizontal, copiando lo que Ud. hizo?



5. ¿Su niña intenta cortar papel con tijeras para niños? No es necesario que llegue a cortar el papel, pero sí debe saber abrir y cerrar las tijeras mientras que agarra el papel con la otra mano. *(Ud. puede enseñarle cómo se usan las tijeras. Asegúrese de supervisar a su niña cuando esté usando las tijeras para que no se vaya a cortar.)*



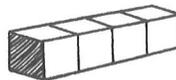
6. Al hacer un dibujo, ¿sujeta el lápiz, la crayola, o la pluma con los dedos y el pulgar como lo hace un adulto?

TOTAL EN MOTORA FINA _____

RESOLUCION DE PROBLEMAS

SI A VECES TODAVIA NO

1. Mientras su niña lo/la observa, ponga *cuatro* objetos como unos cubos o unos carritos en línea recta. ¿Lo/la intenta imitar, poniendo los cuatro objetos en línea recta también? *(También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)*



2. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niña una silla o una caja para subirse encima y alcanzarlo? *(Por ejemplo, para agarrar un juguete que está en el mostrador de la cocina, o para "ayudarlo" a Ud. en la cocina.)*

RESOLUCION DE PROBLEMAS (continuación)

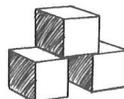
SI A VECES TODAVIA NO

3. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niño, "¿Qué es?", ¿dice una palabra que se refiera a una persona o a un ser que se parezca a una persona? (Marque "sí" si da una respuesta como "muñeco de nieve", "niño", "señor", "niña", "papá", "astronauta", o "mono".) Escriba la respuesta de su niño a continuación:



4. Si Ud. le dice a su niña, "Di 'siete tres'", ¿repite *únicamente* los dos números en el mismo orden? Ud. *no debe repetir los números*. Si es necesario, intente otro par de números, por ejemplo, "Di 'ocho dos'". (Su niña sólo tiene que repetir una serie de dos números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

5. Muéstrela a su niño cómo hacer un puente con cubos, cajas, o latas como el del dibujo. ¿Su niño lo/la imita haciendo un puente que se parece al de Ud.?



6. Si Ud. le dice a su niña: "Di 'cinco, ocho, tres'", ¿repite ella *únicamente* los tres números en el mismo orden? Ud. *no debe repetir los números*. Si es necesario, intente otra serie de números, por ejemplo, "Di 'siete, nueve, dos.'" (Su niña sólo tiene que repetir una serie de tres números para que Ud. pueda marcar "sí" en esta pregunta.)

TOTAL EN RESOLUCION DE PROBLEMAS _____

SOCIO-INDIVIDUAL

SI A VECES TODAVIA NO

1. A la hora de comer, ¿su niño se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?
2. ¿Su niña empuja un carrito con ruedas, un cochecito de bebé u otro juguete con ruedas, evitando chocar con las cosas y saliéndose en reversa de un rincón si no puede girar?
3. Si Ud. le pregunta a su niño, "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?
4. ¿Su niña se pone el abrigo, su chaqueta o su camisa sin ayuda?
5. Hágale la siguiente pregunta a su niño/a empleando estas palabras exactas: "¿Eres una niña o un niño?" ¿Sabe responder correctamente?
6. ¿Puede esperar su turno su niño/a, respetando el turno de los otros niños o adultos?

TOTAL EN SOCIO-INDIVIDUAL _____

OBSERVACIONES GENERALES

Los padres y proveedores pueden utilizar el espacio después de cada pregunta para hacer comentarios adicionales.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? Si contesta "no", explique:

SI

NO

2. ¿Cree Ud. que su niño/a habla igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

SI

NO

3. ¿Puede Ud. entender casi todo lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

SI

NO

4. ¿Otras personas pueden entender la mayor parte de lo que dice su niño/a? Si contesta "no", explique:

SI

NO

5. ¿Cree Ud. que su niño/a camina, corre, y trepa igual que los otros niños de su edad? Si contesta "no", explique:

SI

NO

OBSERVACIONES GENERALES (continuación)

6. ¿Tiene algún familiar con historia de sordera o cualquier otro impedimento auditivo? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

7. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la visión de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

8. ¿Ha tenido su niño/a algún problema de salud en los últimos meses? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

9. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO

10. ¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño/a? Si contesta "sí", explique:

 SI NO



Nombre del niño/a: _____ Fecha de hoy: _____
 # de identificación del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del programa/proveedor: _____

1. CALIFIQUE EL CUESTIONARIO Y PASE EL PUNTAJE TOTAL DE CADA SECCION AL GRAFICO DE ABAJO: Véase ASQ-3 User's Guide para obtener más detalles, incluyendo la manera de ajustar el puntaje si faltan respuestas a algunas preguntas. Califique cada pregunta (SI = 10, A VECES = 5, TODAVIA NO = 0). Sume los puntos de cada pregunta, anotando el puntaje total en la línea provista al final de cada sección del cuestionario. En el gráfico de abajo, anote el puntaje total de cada sección, y rellene el círculo correspondiente.

| Área | Límite | Puntaje Total | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
|-------------------------|--------|---------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Comunicación | 30.99 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Motora gruesa | 36.99 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Motora fina | 18.07 | | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Resolución de problemas | 30.29 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Socio-individual | 35.33 | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

2. TRANSFERA LAS RESPUESTAS DE LA SECCION TITULADA "OBSERVACIONES GENERALES": Las respuestas escritas en negrita o con mayúsculas requerirán un seguimiento. Véase el capítulo 6 del ASQ-3 User's Guide para obtener información sobre las pautas a seguir.

- | | | | | | |
|---|----|-----------|---|-----------|----|
| 1. ¿Oye bien? Comentarios: | Sí | NO | 6. Historial: ¿Hay problemas auditivos en la familia? Comentarios: | SI | No |
| 2. ¿Habla como otros niños de su edad? Comentarios: | Sí | NO | 7. ¿Preocupaciones sobre la vista? Comentarios: | SI | No |
| 3. ¿Ud. entiende lo que dice su niño/a? Comentarios: | Sí | NO | 8. ¿Hay problemas de salud recientes? Comentarios: | SI | No |
| 4. ¿Otras personas entienden lo que dice su niño/a? Comentarios: | Sí | NO | 9. ¿Preocupaciones sobre comportamiento? Comentarios: | SI | No |
| 5. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños? Comentarios: | Sí | NO | 10. ¿Otras preocupaciones? Comentarios: | SI | No |

3. INTERPRETACION DEL PUNTAJE Y RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO DEL ASQ: Para determinar el nivel de seguimiento apropiado, hay que tomar en cuenta el *Puntaje total* de cada sección, las respuestas de la sección titulada "Observaciones generales", y también factores adicionales, tales como considerar si el niño/a tiene oportunidades para practicar las habilidades.

Si el *Puntaje total* está dentro del área □, el puntaje del niño/a está por encima de las expectativas, y el desarrollo del niño/a parece estar bien hasta ahora.

Si el *Puntaje total* está dentro del área ▒, el puntaje está apenas por encima de las expectativas. Proporcione actividades adicionales para ayudarle al niño/a y vigile su progreso.

Si el *Puntaje total* está dentro del área ■, el puntaje está debajo de las expectativas. Quizás se requiera una evaluación adicional más a fondo.

4. SEGUIMIENTO DEL ASQ: Marque todos los que apliquen.

- _____ Dar actividades adicionales y reevaluar en _____ meses.
- _____ Compartir los resultados con su médico familiar (primary health care provider).
- _____ Referirlo/la para una evaluación auditiva, visual, o de comportamiento. (Marque con un círculo todos los que apliquen.)
- _____ Referirlo/la a un médico familiar u otra agencia comunitaria (favor de escribir la razón): _____.
- _____ Referirlo/la a un programa de intervención temprana/educación especial para niños preescolares para hacer una evaluación adicional.
- _____ No tomar medidas adicionales en este momento.
- _____ Medida adicional (favor de escribirla): _____.

5. OPCIONAL: Anote las respuestas específicas (S = SI, V = A VECES, N = TODAVIA NO, R = falta esta respuesta).

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Comunicación | | | | | | |
| Motora gruesa | | | | | | |
| Motora fina | | | | | | |
| Resolución de problemas | | | | | | |
| Socio-individual | | | | | | |

ESCALAS DE DESARROLLO

(PARA USO CON INDICADORES DE PERDIDA DE OIDO DE CHEQUEOS DE KBH DE RECIEN NACIDOS A CUATRO ANOS DE EDAD.)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad Cronológica del Niño _____ Prematuro _____ meses Edad ajustada _____

¿SU NIÑO(A): (Por favor marque las preguntas en la categoría de la edad apropiada – use **edad ajustada**.)

| SÍ | NO | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | De nacimiento a 4 meses |
| _____ | _____ | se asusta o llora con ruidos fuertes? |
| _____ | _____ | se despierta con sonidos fuertes? |
| _____ | _____ | para de moverse cuando se hace un sonido nuevo? |
| _____ | _____ | responde a una voz familiar? |
| _____ | _____ | para de llorar cuando se le habla? |
| | | |
| _____ | _____ | 4 a 8 meses |
| _____ | _____ | se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un ruido fuerte? |
| _____ | _____ | intenta voltear la cabeza hacia un sonido interesante o cuando se le llama por su nombre? |
| _____ | _____ | escucha un juguete musical, campana, o sonaja? |
| _____ | _____ | llora cuando está expuesto a un sonido repentino o ruidoso? |
| _____ | _____ | hace varios sonidos de charla? |
| | | |
| _____ | _____ | 8 a 12 meses |
| _____ | _____ | responde de cierta manera a la instrucción de “no” |
| _____ | _____ | reacciona cuando se le llama por su nombre? |
| _____ | _____ | voltea hacia el lugar de donde viene un sonido? |
| _____ | _____ | se mueve o despierta cuando duerme sin ruido y alguien habla o hace un sonido fuerte? |
| _____ | _____ | intenta imitarle si usted hace sonidos familiares? |
| _____ | _____ | usa una variedad de consonantes y vocales cuando charla (charla canonical*)? |
| | | |
| _____ | _____ | 12 a 18 meses |
| _____ | _____ | dice “mama” o “dada” e imita muchas palabras que usted dice? |
| _____ | _____ | responde a peticiones tales como “ven aquí” y “quieres más”? |
| _____ | _____ | voltea para mirar en la dirección de donde el sonido vino cuando se presenta un sonido interesante? |
| _____ | _____ | despierta cuando hay un sonido ruidoso? |
| | | |
| _____ | _____ | 18 a 24 meses |
| _____ | _____ | intenta cantar? |
| _____ | _____ | señala a varias diferentes partes del cuerpo? |
| _____ | _____ | responde a comandos simples tales como “pon la pelota en la caja”? |
| _____ | _____ | habla por lo menos 20 palabras? |
| _____ | _____ | pide cosas por nombre tales como leche o galletas? |
| | | |
| _____ | _____ | 2 a 5 años |
| _____ | _____ | señala a una foto si usted dice “Donde esta _____?” |
| _____ | _____ | habla con frases pequeñas? |
| _____ | _____ | nota la mayoría de los sonidos? |
| _____ | _____ | escucha la televisión o el radio en el mismo nivel de sonido como otros miembros de la familia? |
| _____ | _____ | le oye cuando usted le llama por su nombre de otro cuarto? |

(*Charla canonical es definido como charla no-repetitiva usando varias combinaciones de consonantes y vocales, tal como “itika”, “dabata”, o “omada”. Es bastante diferente a una charla común, tal como “dada”, “mama”, o “baba”.)

Pasó = Todas respuestas “SÍ” o solamente una respuesta “NO” Referir = Dos o más “NO” respuestas

Marque Uno: Pasó Referir Si otro, explique: _____

PLEASE NOTE PROVIDERS ARE REQUIRED TO INTERPRET AND INITIATE CARE WHEN INDICATED



Cuestionario Obligatorio para Examen de Plomo en la Sangre

Debe ser completado en cada examen de KBH de 6 a 72 meses

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Su hijo: (circule la respuesta recibida) | FECHA: (MM/DD/YYYY) | | | | | | |
| 1) ¿A vivido en o visitado una casa o apartamento construido antes del 1960? (Esto puede incluir una guardería, preschool, la casa de su niñera o un pariente.) | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 2) ¿A vivido en o visitado regularmente una casa o apartamento construido antes del 1960 que este, aya estado, o vaya estar bajo renovación o remodelación? | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 3) ¿Tiene un pariente con un alto nivel de plomo en la sangre? | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 4) ¿Tiene comunicación con un adulto que trabaje o que tenga un pasatiempo que involucre la exposición a plomo? acabado de muebles, haciendo vidrio manchado, electrónicos, soldando, reparación automotriz, haciendo pesas o señuelos para pescar, cargando casquillos o balas en una escopeta, disparando armas, haciendo reparos o remodelaciones, pintando/desmontando pintura, juguetes antiguos o importados, y/o haciendo cerámica | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 5) ¿A vivido cerca de un fundidor de plomo, planta de baterías u otra industria de plomo? parque/explosivos, reparación de auto/ exterior de auto, quitando o juntando cable/alambre, produciendo cables, cerámica, rango de disparos, fabrica de vidrio plomado, maquinaria/equipo industrial, maquinaria o reparación de joyas, mina de plomo, fabricante de pintura/pigmento, plomería, reparación de radiador, yunque de metal o baterías, hierro o metal, o fundidor derretido | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| 6) ¿Usa trastes cristalinos o de cerámica para cocinar, comer o beber? | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| Una respuesta positiva a estas preguntas <u>exige</u> obtener el nivel de plomo en la sangre. Por favor, recuerde que el nivel de plomo en la sangre es obligatorio a los 12 y 24 meses, aunque las respuestas no sean positivas. ¿Se obtuvo el nivel de sangre? | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No | Sí No |
| Iniciales de Personal que dio la entrevista | | | | | | | |

Firma de Personal:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

POR FAVOR NOTE QUE LOS PROVEEDORES DEBE INTERPRETAR E INICIAR CUIDADO SE INDICA.

Nombre del Paciente: _____

Numero de ID: _____

Well Child Check Visual Acuity

Corrected: Yes / No

OD - Right eye: 20/____

OS - Left eye: 20/____

OU - Both eyes: 20/____

Patient is unable to complete visual acuity due to:

***Please remember to document in Cerner intake