

CUESTIONARIO PARA 12 MESES DE EDAD

Fecha: _____

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Historial de Alimentacion:

- a) Formula(nombre) _____ onzas ____ cada ____ horas.
 - b) Leche Entera Leche 2% Leche 1 % otra: _____
 - c) Leche materna __ minutos cada lado, cada ____ horas.
 - d) Biberon Vaso entrenador Ambos
 - e) Jugo diluido? Si No Cuanto? _____ onzas por dia.
 - f) Alimentos solidos: (porfavor circule) Cereal, Vegetales, Fruta, Carne, alimentos que pueden comer con los dedos, otro: _____
2. Heces(material fecal) Suave Dura
3. Ha estado su bebe en contacto con alguien que tenga tuberculosis en estado activo?
 Si No
4. Ha visto su bebe a un dentista Si No

Nombre de dentist: _____ ultima cita: _____

Desarrollo:

- 1. Gatea Si No
- 2. Se sostiene parado Si No
- 3. Camina con apoyo Si No
- 4. Se alimenta solo Si No
- 5. Pinsa con los dedos Si No
- 6. Juega esconditas Si No
- 7. Mira dibujos o fotos Si No
- 8. Usa 2 Palabras Si No
- 9. Apunta hacia ojos y oidos Si No
- 10. Aplauda Si No
- 11. Despide con la mano Si No

Otros Comentarios o preocupaciones:
