

CUESTIONARIO PARA 4 AÑOS

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Leche _____ onzas por día.
 Entera 2% 1% Otro _____
2. Todos los grupos incluidos en la dieta Si No
3. Jugo _____ onzas por día
4. Digiere regularmente Si No
5. Ha estado su bebe en contacto con alguien que tenga Tuberculosis en estado activo?
6. Cuidado dental establecido con: _____ ultima cita: _____
7. Cualquier preocupación sobre el desarrollo _____
8. Sueño y comportamiento es apropiado Si No

Otros Comentarios o preocupaciones:
