

# Información Sobre la Salud (18 Meses de Edad)

## CONSUMO

¿Cuántas onzas de leche toma su hijo/a al día? \_\_\_\_\_ Onzas ¿Tipo de leche? \_\_\_\_\_

¿Su bebe toma en mamila/botella?  Sí  No

¿Cuántas veces por día le ofrece comida a su bebe? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos snacks por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas porciones al **DIA** come su hijo/a de: \_\_\_\_\_ Queso \_\_\_\_\_ Yogurt

¿Cuántas porciones al **DIA** come su hijo/a de: \_\_\_\_\_ Frutas \_\_\_\_\_ Vegetales \_\_\_\_\_ Granos enteros

¿Cuántas porciones a la **SEMANA** come su hijo/a de: \_\_\_\_\_ Carne \_\_\_\_\_ Frijoles \_\_\_\_\_ Nueces \_\_\_\_\_ Huevos \_\_\_\_\_ Pescado

¿Cuántas onzas al **DIA** su hijo/a toma de: \_\_\_\_\_ Jugo \_\_\_\_\_ Refresco

¿Qué tan seguido come dulces su hijo/a?  15 >x/sem  8-14x/sem  <8x/sem

## OUTPUT

¿Cuántas veces al día su hijo/a hace popo? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la consistencia? \_\_\_\_\_

## SUEÑO

¿Dónde duerme su hijo/a?  Cuarto de padres  Su cuarto  Hermano/a

¿Su hijo/a tiene una rutina para dormir?  Sí  No ¿Le lee a su bebe antes de dormir?  Sí  No

¿Pone a su bebe a dormir mientras está despierto/a?  Sí  No

Hora que duerme \_\_\_\_\_ pm Hora que se levanta \_\_\_\_\_ am

¿Su hijo/a se levanta en la noche?  Yes  No

Usualmente, ¿qué hace cuando su bebe despierta en la noche? \_\_\_\_\_

¿Cuántas siestas toma su bebe al día? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ horas/siesta

## SEGURIDAD

Does your child ride in a 5-point harness car seat?  Yes  No

En el asiento de carro, ¿su bebe está mirando?  Frente  atrás

## GUARDERIA/ESCUELA

¿Quién está con su bebe la mayoría de tiempo?  Mamá  Papá  Niñera  Familiar

Si está en guardería, ¿qué tipo?  Grande comercial  Pequeña en-casa

## DESARROLLO/COMPORTAMIENTO

Describe el temperamento de su bebe (feliz, inquieto, calmado, etc.) \_\_\_\_\_

¿Cómo disciplina a su hijo/a cuando lo necesita? \_\_\_\_\_

## OTRO

¿Cuántas horas de televisión su bebe ve al día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces por día usted le cepilla los dientes a su bebe? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de agua tiene en casa?  Ciudad  Community well  Personal well  Agua de botella

¿Toma agua de la llave?  Sí  No

Lista de medicamentos que su hijo/a toma: \_\_\_\_\_

¿Necesita una prescripción de algún medicamento que se le haya terminado? \_\_\_\_\_

Preocupaciones: \_\_\_\_\_

# M-CHAT (CUESTIONARIO DE AUTISMO)

Este M-CHAT es un cuestionario sobre el autismo y anormalidades del desarrollo. Por favor, complete las siguientes preguntas teniendo en cuenta como su niño/a actúa USUALMENTE. Por favor conteste todas las preguntas. Si el comportamiento es poco frecuente (solo lo ha visto una o dos veces), conteste como si no lo hiciera.

	Sí	No
¿Disfruta su hijo/a cuando lo hace cabalgar sobre sus rodillas o lo hamaca?	_____	_____
¿Muestra su hijo/a interés en otros niños?	_____	_____
¿A su hijo/a le gusta treparse en cosas o subir las escaleras?	_____	_____
¿A su hijo/a le gusta jugar a la escondida?	_____	_____
¿Pretende su hijo/a a veces hablar por teléfono, cuidar a muñecos, u otros juegos?	_____	_____
¿Señala su hijo/a con el dedo índice lo que quiere?	_____	_____
¿Señala su hijo/a con el dedo índice algo que le interesa?	_____	_____
¿Juega su hijo/a correctamente con juguetes pequeños (carros o legos) sin tirarlos o ponérselos nada más en la boca?	_____	_____
¿Le trae su hijo/a a usted (padre) alguna vez objetos para mostrarle?	_____	_____
¿Lo mira su hijo/a a los ojos por más de unos segundos?	_____	_____
¿Le parece que su hijo/a es sensitivo/a a los ruidos? (ej.se cubre los oídos)	_____	_____
¿Se sonríe su hijo/a cuando usted lo sonríe o lo mira?	_____	_____
¿Lo imita a usted? (ej. Sí usted hace una mueca, ¿su hijo hace lo mismo?)	_____	_____
¿Responde su hijo/a a su nombre cuando lo llama?	_____	_____
¿Cuándo usted señala un juguete al otro lado de la habitación, su hijo lo mira?	_____	_____
?Su hijo/a camina?	_____	_____
¿Sigue su hijo/a con su mirada las cosas que usted mira?	_____	_____
¿Hace su hijo movimientos inusuales con los dedos cerca de su cara?	_____	_____
¿Trata su hijo/a, de llamar su atención a la actividad que el/ ella esta haciendo?	_____	_____
¿Se a preguntado usted alguna vez si su hijo/a es sordo/a?	_____	_____
¿Entiende su hijo/a lo que la gente le dice?	_____	_____
¿Se queda su hijo/a a veces mirando al espacio o deambulando sin propósito?	_____	_____
¿Cuando su hijo/a se enfrenta con algo nuevo, lo mira a usted para ver cuál es su reacción?	_____	_____

Ages and Stages – 18 Meses	SI	Algunas veces	Todavía No
<b>Comunicación</b>			
1. Cuando su niño/a quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?			
2. Cuando Ud. se lo pide, ¿va su niño/a a otro cuarto a buscar un juguete u objeto conocido? (Puede preguntarle, “¿Dónde está la pelota?”, o decirle “Tráeme tu abrigo”, o “Busca tu cobija“.)			
3. ¿Dice su niño/a ocho o más palabras además de “mama” y “papá“?			
4. ¿Imita su niño/a una oración de dos palabras? Por ejemplo, cuando Ud. dice “Mamá juega”, “Papá” come”, o “¿Qué es?”, repite ella la misma frase? (Marque “sí” aun si sus palabras sean difíciles de entender.)			
5. Sin enseñarle primero, ¿puede señalarle con el dedo el dibujo correcto cuando Ud. le dice, “Enséñame dónde está el perro?” (Solamente tiene que identificar un dibujo correctamente.)			
6. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: “Veo perro”, “Mamá llega casa”, o “¿Se fue gatito“? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como “se acabó”, “está bien”, y “¿qué ese?“) Escriba un ejemplo de una combinación de palabras que dice su niño:			
<b>Motor Gruesa</b>			
1. ¿Puede su niño/a agacharse para recoger un objeto del suelo y volver a ponerse de pie sin apoyo?			
2. ¿Camina su niño/a por la casa en lugar de gatear?			
3. ¿Camina bien su niño/a, sin caerse a menudo?			
4. ¿Se sube a algún objeto como una silla para alcanzar algo que quiere (por ejemplo, para agarrar un juguete que está arriba del mostrador de la cocina o para “ayudarlo” en la cocina)?			
5. ¿Su niño/a puede bajar las escaleras si usted lo lleva de la mano? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla también. (Ud. puede hacer esta observación en la tienda, en el parque, o en casa.)			
6. Al enseñarle cómo se da una patada a un balón, ¿intenta su niño/a dar la patada moviendo la pierna hacia adelante o caminando hasta tocar el balón? (Si y sabe dar una patada al balón, marque “sí” en esta pregunta.)			
<b>Motora Fina</b>			
1. ¿Puede lanzar su niño/a una pelota pequeña, moviendo el brazo hacia adelante por encima del hombro? (Si simplemente la deja caer, marque “todavía no” en esta pregunta.)			
2. ¿Coloca su niño/a un cubito o un juguete pequeño encima de otro? (También puede usar carretes de hilo de coser, cajitas, o juguetes que midan aproximadamente una pulgada, o 3 centímetros.)			
3. Cuando intenta dibujar, ¿marca su niño/ la hoja de papel con la punta de la crayola (o del lápiz o de la pluma)?			
4. ¿Puede su niño/a poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda? (tal vez pase más de una hoja a la vez.)			

5. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro sin ayuda? (Tal vez pase más de una hoja a la vez.)			
6. Normalmente, ¿puede su niño/a meterse la cuchara en la boca sin que se le caiga la comida?			
<b>Resolución de Problemas</b>			
1. ¿Mete varios juguetes pequeños, uno tras otro, dentro de un recipiente como una caja o un tazón? (Puede enseñarle cómo se hace.)			
2. Después de enseñarle a su niño/a cómo se hace, ¿usa una cuchara, un palo, u otro implemento similar para intentar agarrar un juguete pequeño que esté ligeramente fuera de su alcance?			
3. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (Puede enseñarle cómo hacerlo.) (Puede usar una botella de refresco o un biberón.)			
4. Sin enseñarle cómo hacerlo, ¿traza su niño/a garabatos o rayas cuando Ud. le da una crayola (o un lápiz o una pluma.)?			
5. Después de observarlo a Ud. dibujar una línea de arriba a abajo usando una crayola (o pluma o lápiz), ¿su niño/a intenta dibujar una línea recta en cualquier dirección en la hoja de papel? (Marque "todavía no" si su niño/a hace raya o garabatos de un lado para otro.)			
6. Después de dejar caer una migaja o un Cheerio (cereal de desayuno) en una pequeña botella transparente, ¿pone la botella al revés para sacarlo? (No le muestre cómo hacerlo.)			
<b>Socio-Individual</b>			
1. Al mirarse en el espejo, ¿su niño/a se ofrece un juguete a sí misma?			
2. ¿Juega su niño/a con una muñeca o con un muñeca de peluche, abrazándolo?			
3. ¿Intenta conseguir su atención o intenta enseñarle algo tirándole de la mano o de la ropa?			
4. ¿Viene a pedirle ayuda su niño/a, como cuando necesita que alguien le dé cuerda a un juguete o que quite la tapa de un frasco?			
5. ¿Sabe su niño/a beber de un vaso u bajarlo nuevamente sin que se le caiga mucho del contenido?			
6. ¿Lo/la imita a Ud. su niño/a, haciendo las mismas actividades que Ud. hace, por ejemplo limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse, o peinarse?			