

Información Sobre la Salud (30 Meses de Edad)

CONSUMO

- ¿Cuántas onzas de leche toma su hijo/a al día? _____ Onzas ¿Tipo de leche? _____
- ¿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? _____
- ¿Su hijo/a retiene la popo? Si No
- ¿Su hijo/a está mostrando señales que está listo para el baño? Si No
- ¿Su hijo/a usa el baño? Si No

SUEÑO

- ¿Dónde duerme su hijo/a? Cuarto de padres Su cuarto Hermano/a
- ¿En que duerme su hijo/a? Cuna Propia cama Cama de padres
- ¿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
- ¿Su hijo/a ve televisión o juega computadora antes de ir a dormir? 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

- ¿Su hijo/a usa asiento de carro? Yes No

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

- Describa 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: _____

Ages and Stages – 30 Meses	SI	Algunas veces	Todavía No
Comunicación			
1. Si Ud. señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le pregunta a su niño/a “¿Qué es?” ¿Puede identificar y nombrar al menos un dibujo?			
2. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede su niño/a seguir al menos tres de las siguientes instrucciones? (“Pon el juguete en la mesa”, “Cierra la puerta”, “Tráeme una toalla”, “Busca tu abrigo”, “Dame la mano”, “Agarra tu libro”)			
3. Al pedirle a su niño/a que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, ect., ¿puede señalar al menos siete 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.)			
4. ¿Forma su niño/a oraciones de tres o cuatro palabras? Favor de escribir un ejemplo:			
5. Sin darle pistas ni señas, ni hacer gestos, dígame a su niño/a: “Pon el libro encima de la mesa y pon el zapato debajo de la silla”. ¿Puede seguir las dos instrucciones correctamente?			
6. Al mirar un libro de ilustraciones, ¿puede su niño/a 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)?”			
Motor Gruesa			
1. ¿Su niño/a corre bien y sabe detenerse sin chocar con las cosas o caerse?			
2. ¿Su niño/a sube o baja al menos dos escalones sin ayuda? Puede agarrarse de la pared o de la barandilla. (Ud. puede hacer esta observación en una tienda, en el parque, o en casa.)			
3. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe su niño/a dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?			
4. ¿Puede saltar su niño/a, levantando ambos pies del suelo a la vez?			
5. ¿Sube las escaleras su niño/a 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?			
6. ¿Puede pararse su niño/a en un solo pie por aproximadamente 1 segundo sin agarrarse de nada?			
Motora Fina			
1. ¿Rota (gira) la mano su niño/a al intentar abrir una puerta, darle cuerda a un juguete, jugar con un trompo, o poner y quitar una tapa de un frasco?			
2. 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/a que haga una línea como la suya. No lo deje dibujar encima de la suya ni usar papel transparente. ¿Su niño/a dibuja una línea vertical, copiando lo que Ud. hizo?			
3. ¿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?			
4. Después de observarlo/la a Ud. dibujar una línea de un lado al otro de la hoja de papel, pídale a su niño/a que dibuje un círculo como el suyo. No lo deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente. ¿Su niño/a dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?			

5. Después de observarlo/la a Ud. dibujar un círculo, pídale a su niño/a que dibuje un círculo como el suyo. No lo deje dibujar encima del suyo ni usar papel transparente, ¿Su niño/a dibuja un círculo, copiando lo que Ud. hizo?			
6. ¿Sabe darle la vuelta a las hojas de un libro una por una?			
Resolución de Problemas			
1. Mientras su niño/a se mira en un espejo, pregúntele: “¿Dónde está _____?” (Diga el nombre su niño/a.) ¿Se señala en el espejo?			
2. Si quiere algo que no alcanza, ¿busca su niño/a 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.)			
3. Mientras su niño/a 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.)			
4. Al señalarle esta figura y preguntarle a su niño/a, “¿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 a continuación:			
			
5. Si Ud. le dice a su niño/a, “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 niño/a sólo tiene que repetir una serie de dos números para que Ud. pueda marcar “sí” en esta pregunta.)			
6. Después de hacer un dibujo o trazar un garabato, ¿le dice su niño/a lo que acaba de dibujo o trazar un garabato, ¿le dice su niño/a lo que acaba de dibujar? (Ud. le puede decir, Cuéntame algo sobre tu dibujo”, o “¿Qué dibujaste?”)			
Socio-Individual			
1. Si Ud. hace algunos de los siguientes gestos, ¿su niño/a intenta imitar al menos uno de ellos? (“Abrir y cerrar la boca”, “Abrir y cerrar los ojos”, “Jalarse la oreja”, “Tocarse la mejilla”)			
2. A la hora de comer, ¿su niño/a se mete la cuchara en la boca sin que se le caiga mucha comida?			
3. ¿Su niño/a 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?			
4. ¿Su niño/a se pone el abrigo, su chaqueta, o su camisa sin ayuda?			
5. Si Ud. le ayuda a ponerse los pantalones, metiendo sus pies primero, ¿su niño/a se los sube hasta la cintura?			
6. Si Ud. Le pregunta a su niño/a, “¿Quién está ahí?” cuando se ve en el espejo, ¿contesta “yo” o dice su nombre?			