

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas Largo al nacer \_\_\_\_\_ pulgadas  
Sexo:  M  F ¿Nacimiento prematuro?  No  Sí \_\_\_\_\_ semanas antes

**Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo.**

1. Describa la salud de su hijo.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ¿Qué le ha dicho su dentista sobre la salud dental de su hijo?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. ¿Qué piensa sobre el crecimiento de su hijo?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. ¿Tiene su hijo alguna enfermedad o problema de salud?  
 Sí (por favor describa) \_\_\_\_\_  
 No
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. ¿Está su hijo tomando algún medicamento en la actualidad?

Siga al dorso ⇨

Sí (por favor enumere) \_\_\_\_\_  
 No

6. ¿Tiene su hijo las vacunas al día?

Sí     No     No sé

7. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar fuma dentro de la casa?

Sí     No

8. ¿Durante el embarazo participó usted (la madre del bebé) en el programa WIC?

Sí     No

9. ¿Durante el embarazo usted (la madre del bebé) tomó alcohol o usó alguna droga?

Sí     No