

## Formulario de salud materno-infantil – Menor

Identificación de la cliente	Nombre del menor	Nombre del cuidador

Información sobre el nacimiento del bebé				
<b>Fecha de nacimiento</b>				
<b>¿Cuánto pesó el bebé al nacer?</b>		_____ <b>Lbs.</b> _____ <b>onzas</b>		
<b>¿A las cuántas semanas nació?</b>				
<b>Examen auditivo para recién nacidos</b> <input type="checkbox"/> Lo pasó <input type="checkbox"/> No lo pasó <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Notas del seguimiento				
<b>Lactancia</b> (Sí, No, N/A)	<b>Trimestre inicial</b> 2. <sup>o</sup> trimestre 3. <sup>er</sup> trimestre 4. <sup>o</sup> trimestre			
¿Comenzó a amamantar a su bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
En caso afirmativo, ¿le dio a su bebé leche materna a través de algún medio (tazas, botella, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Sigue amamantando a su bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Cuándo dejó de amamantarlo?	<b>Fecha:</b> _____			
Información de salud del menor	Trimestre inicial	2. <sup>o</sup> trimestre	3. <sup>er</sup> trimestre	4. <sup>o</sup> trimestre
<b>Seguro médico del menor</b> (seleccione todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro <input type="checkbox"/> Seguro privado/otro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> New Mexico's Kids (S-CHIP) <input type="checkbox"/> Usa los servicios de salud para indígenas (Indian Health Services) <input type="checkbox"/> Tricare (militar) <input type="checkbox"/> If Other, specify: _____	<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Cambió	<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Cambió	<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Cambió
<b>¿Dónde recibe habitualmente atención médica su hijo(a)?</b>	<input type="checkbox"/> Consultorio médico/de enfermería <input type="checkbox"/> Hospital o área de urgencias <input type="checkbox"/> Hospital ambulatorio <input type="checkbox"/> Centro de salud calificado a nivel federal <input type="checkbox"/> Tienda minorista o Minute Clinic <input type="checkbox"/> Si es otro, especifíquelo: _____ <input type="checkbox"/> No recibe	<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Cambió	<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Cambió	<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Cambió

<b>Información de salud del menor (cont.)</b>	<b>Trimestre inicial</b>	<b>2.º trimestre</b>	<b>3.º trimestre</b>	<b>4.º trimestre</b>
<p><b>¿Cuántas veces ha estado su hijo(a) en el área de urgencias de un hospital en los últimos 3 meses?</b></p> <p><i>Indique el número de veces:</i></p>	<p>Ninguna x1 x2 x3 o más</p> <p>Fecha(s) _____</p>	<p>Ninguna x1 x2 x3 o más</p> <p>Fecha(s) _____</p>	<p>Ninguna x1 x2 x3 o más</p> <p>Fecha(s) _____</p>	<p>Ninguna x1 x2 x3 o más</p> <p>Fecha(s) _____</p>
<p><b>Especifique la razón que corresponda, si el/la menor ha ido al área de urgencias (ER):</b></p> <p>Lesión por accidente Reporte de abuso o negligencia de menores Acudió al ER para recibir atención médica de emergencia Acudió al ER para recibir atención médica regular</p>	<p>Accidente Abuso/negligencia de menores ER – emergencia ER – regular</p>	<p>Accidente Abuso/negligencia de menores ER – emergencia ER – regular</p>	<p>Accidente Abuso/negligencia de menores ER – emergencia ER – regular</p>	<p>Accidente Abuso/negligencia de menores ER – emergencia ER – regular</p>
<p><b>¿Cuenta su hijo(a) con atención odontológica de manera habitual?</b></p>	<p>Sí No</p>	<p>Sí No</p>	<p>Sí No</p>	<p>Sí No</p>

Calendario de vacunación y consultas de bienestar del (de la) menor	Trimestre inicial	2.º trimestre	3.º trimestre	4.º trimestre	
¿Ha recibido su hijo(a) todas las vacunas recomendadas?	Sí No	Sin cambio Cambió	Sin cambio Cambió	Sin cambio Cambió	
¿Recibió su hijo(a) la vacuna contra el COVID-19?	Sí No	Sin cambio Cambió	Sin cambio Cambió	Sin cambio Cambió	
¿Llevó a su bebé a una revisión médica o tiene una cita programada para ello?	Sí No	Sin cambio Cambió	Sin cambio Cambió	Sin cambio Cambió	
<b>Edad/Consulta de bienestar del (de la) menor</b> Por favor indíquelo (Sí, No). En caso afirmativo, indique la fecha	<b>Vacunas</b>				
<b>Al nacer/2-3 días</b> La primera consulta con el médico después del nacimiento es usualmente a los 3-5 días <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>Hep. B #1</b>				
<b>2 semanas-1 mes</b> Crecimiento y desarrollo, revisión del (de la) recién nacido(a) <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>Hep. B #2</b>				
<b>2 meses</b> Crecimiento y desarrollo, vacunación <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>DTAP (contra la difteria, el tétanos y la tosferina) #1</b>	<b>IPV (poliomielitis) #1</b>	<b>HIB (Haemophilus influenzae tipo b) #1</b>	<b>PCV (vacuna antineumocócica) #1</b>	<b>Rotavirus #1</b>
<b>4 meses</b> Crecimiento y desarrollo, vacunación <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>DTAP #2</b>	<b>IPV #2</b>	<b>HIB #2</b>	<b>PCV #2</b>	<b>Rotavirus #2</b>
<b>6 meses</b> Crecimiento y desarrollo, vacunación <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>DTAP #3</b>	<b>IPV #3</b>	<b>HIB #3</b>	<b>PCV #3</b>	<b>Rotavirus #3</b>
<b>9 meses</b> Crecimiento y desarrollo, o vacunas faltantes <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>Hep. B #3</b>				
<b>12 meses</b> Crecimiento y desarrollo, vacunación, examen de detección de plomo y análisis de hemoglobina <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>Varicela #1</b>	<b>MMR (vacuna triple vírica) #1</b>		<b>PCV #4</b>	
<b>15 meses</b> Crecimiento y desarrollo, vacunación <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>DTAP #4</b>	<b>HIB #4</b>			
<b>18 meses</b> Crecimiento y desarrollo, vacunación, análisis de hemoglobina <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>Hep. A #1</b>				
<b>2 años*</b> *Las consultas para dar seguimiento al bienestar de los menores son anuales a partir de los 2 años de edad. Crecimiento y desarrollo, examen de detección de plomo <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>Hep. A #2</b>				
<b>3 años</b> Crecimiento y desarrollo, examen de la vista <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>Puesta al día de las vacunas</b>				
<b>4 años</b> Crecimiento y desarrollo, examen de visión y audición, vacunación <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	<b>DTAP #5</b>	<b>IPV #4</b>	<b>MMR #2</b>	<b>Varicela #2</b>	

<b>5 años</b> Consultas anuales con vacunación <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ No	
<b>¿Se realizó el examen de la visión?</b> No	En caso negativo, explíquelo.
<b>¿Se requiere seguimiento oftalmológico?</b> Sí No Derivación a NMSBVI Derivación con un optometrista u oftalmólogo pediatra	En caso negativo, explíquelo.
<b>¿Se realizó el examen de la audición?</b> Sí No OAE: <input type="checkbox"/> Aprobó <input type="checkbox"/> Derivación para TYMP: <input type="checkbox"/> Aprobó <input type="checkbox"/> Derivar	En caso negativo, explíquelo.
<b>¿Se le ofreció derivación para ver el tema de la audición?</b> Sí No	Fue derivado(a) a:

### Prácticas de sueño seguro

(Sólo haga esta pregunta en el caso de niños menores de 12 meses)

Indique (Sí, No, N/A) y fecha para cada trimestre	Trimestre inicial	2.º trimestre	3.º trimestre	4.º trimestre
<b>¿Siempre sigue las prácticas de sueño seguro?</b>				
<b>¿Pone a su bebé a dormir boca arriba?</b>	Sí No N/A	Sí No N/A	Sí No N/A	Sí No N/A
<b>¿Cuándo pone a su hijo(a) a dormir, evita superficies blandas como colchones blandos, mantas y cojines?</b>	Sí No N/A	Sí No N/A	Sí No N/A	Sí No N/A
<b>¿Siempre pone a su hijo(a) a dormir solo(a) en su propia cama (incluidos sus hermano/a(s))?</b>	Sí No N/A	Sí No N/A	Sí No N/A	Sí No N/A

Alfabetización en la primera infancia	Trimestre inicial	2.º trimestre	3.º trimestre	4.º trimestre
<b>¿Cuántas veces al mes usted o un familiar le lee, le cuenta historias o le canta canciones a su hijo(a)?</b>  <b>1. Diario</b> <b>2. 3-5 veces a la semana</b> <b>3. 1-3 veces a la semana</b> <b>4. No le leemos, le contamos historias ni le cantamos canciones</b>	Diario 3-5 1-3 No...	Diario 3-5 1-3 No...	Diario 3-5 1-3 No...	Diario 3-5 1-3 No...