



Evaluación de Salud 0-6 Meses

(Staying Healthy Assessment 0-6 Months)

Persona que completa el formulario
Person completing form

- Padre/madre Familiar Amigo
 Tutor Otro (especifique)

¿Necesita ayuda para completar el formulario?
 Sí No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe la respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

				Nutrition
1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
2	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
3	¿Su bebé mira televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>
4	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
5	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
6	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
7	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
8	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
9	¿Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>
10	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>

Safety

Montebello Clinica Medica Familiar
 901 West Whittier Boulevard
 Montebello, CA 90640-4737
 (323) 728-8588

DHCS 7098 A SHA (0 - 6 Months) (Rev 12/13)

Ontario Clinica Medica Familiar
 403 West F Street
 Ontario, CA 91762-3207
 (909) 988-3288

Rialto Clinica Medica Familiar
 436 South Riverside Avenue
 Rialto, CA 92376-6523
 (909) 877-8868

11	¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Sí Yes	No	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Sí Yes	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí Yes	Omitir <i>Skip</i>	
14	En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche o agua? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, milk, or water?</i>	No	Sí Yes	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
15	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí Yes	Omitir <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
16	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	Sí Yes	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa:

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date: