



# Evaluación de Salud 7-12 Meses

(Staying Healthy Assessment 7-12 Months)

Persona que completa el formulario <i>Person completing form</i>	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:*

1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Su bebé bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Baby drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
4	¿Su bebé ve televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
5	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>	Safety
6	¿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>	
7	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 windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
8	En su hogar, ¿los artículos 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>	
9	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	

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

DHCS 7098 B SHA (7 - 12 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

10	¿Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
11	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby when in the bathtub?</i>	Sí Yes	No	Omitir Skip	
12	¿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 Skip	
13	¿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 Skip	
14	¿Su bebé pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
15	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Baby spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
16	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 Skip	Dental Health
17	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Tobacco Exposure
18	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o la conducta de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Other Questions

*Si la respuesta es afirmativa, describa:*

<b><i>Clinic Use Only</i></b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature:		Print Name:			Date: