

9 to 10 Months

Well-Child Questionnaire

Please answer these questions about your child. Skip any you can't answer or that don't apply. Your answers help us provide you and your child with the best possible care.

Do you have any questions or concerns about your child's health, development, learning, or behavior?

If yes, please describe: _____

Feeding

1. What does your child currently eat? Check all that apply:

Only breast milk	Some breast milk, some formula	Only formula	Solids
------------------	--------------------------------	--------------	--------

2. Does your child drink cow's milk?.....

3. Do you feed your child iron-rich foods (such as pureed meat, iron-fortified cereal, or beans)?

If your child drinks breast milk: [If not, please skip to Dental Health.]

4. Do you give your child vitamin D drops?

Dental Health

5. Do you give your child a bottle with anything in it other than formula, milk, or water?.....

6. Do you brush your child's teeth with a tiny smear of fluoride toothpaste every day?

Safety and Healthy Habits

7. Do you place your child in a rear-facing car seat in the backseat for every car ride?

8. Do you have safety guards on all 2nd floor windows and gates on the stairs?.....

No	Yes	No 2nd floor
----	-----	--------------

9. Do you know what to do if your child is choking?

10. Do you stay with your child at all times around water (such as bathtub, pools, ponds, buckets)?.....

11. Does your child live in, or spend lots of time in, a place built before 1978 that has peeling or chipped paint
or that has been recently renovated?.....

12. Does your child watch TV or videos, or play games on a phone or tablet?

Developmental Milestones

Most children at this age will be able to do some (but not all) of the items listed below. Please tell us how much your child is doing each of these things. Be sure to answer all the questions.

13. Does your child hold up their arms to be picked up?

Not yet	Somewhat	Very much
---------	----------	-----------

14. Does your child get into a sitting position by themselves?

Not yet	Somewhat	Very much
---------	----------	-----------

15. Does your child pick up food and eat it?.....

Not yet	Somewhat	Yes, often
---------	----------	------------

16. Does your child pull themselves up to standing?.....

Not yet	Somewhat	Yes, often
---------	----------	------------

17. Does your child respond when you play games like "peekaboo"
or "patty-cake"?

Not yet	Somewhat	Very much
---------	----------	-----------

18. Does your child copy sounds you make?.....

Not yet	Somewhat	Yes, often
---------	----------	------------

19. Does your child call you "mama" or "dada" or a similar name?

Not yet	Somewhat	Very much
---------	----------	-----------

20. Does your child follow directions like "Come here" or "Give me the ball"?

Not yet	Somewhat	Very much
---------	----------	-----------

Tuberculosis Risk

21. Has your child had close contact with anyone who has tuberculosis (TB) or who has had a positive TB skin test?

Yes	No
-----	----

22. Was your child born in a country at high risk for tuberculosis, including countries in South America, Central America, Africa, Asia (except Japan), Eastern Europe, Russia and surrounding areas, OR has anyone in your household
including your child traveled to one of these countries?.....

Yes	No
-----	----

Emotional Health

For the parent who gave birth: Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

23. Little interest or pleasure in doing things?..

Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
------------	--------------	-------------------------	------------------

24. Feeling down, depressed, or hopeless? ...

Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
------------	--------------	-------------------------	------------------

25. Since your child's last checkup, has your family or child experienced any major changes or stressful events

(such as illness, move, job change or loss, separation or divorce, or death in the family)?.....

Yes	No
-----	----

If yes, please list: _____

De 9 a 10 meses

Cuestionario de bienestar infantil

Responda estas preguntas sobre su bebé. Puede saltarse cualquier pregunta que no pueda responder o que no corresponda. Sus respuestas nos ayudarán a brindarles a usted y su bebé la mejor atención posible.

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su bebé?

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Alimentación

1. ¿Con qué se alimenta actualmente su bebé? Marque todas las opciones que correspondan:

Solo con leche materna	Con leche materna y leche maternizada (fórmula)	Solo con leche maternizada (fórmula)	Con alimentos sólidos
------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------

2. ¿Toma su bebé leche de vaca?

Sí **No**

3. ¿Le da a su bebé alimentos ricos en hierro (por ejemplo, carne en puré, cereales fortificados con hierro o frijoles)?

No **Sí**

Si su bebé toma leche materna: [Si no, salte a la sección **Salud dental**].

4. ¿Le da a su bebé gotas de vitamina D?

No **Sí**

Salud dental

5. ¿Le da a su bebé un biberón con algo además de leche maternizada (fórmula), leche o agua?

Sí **No**

6. ¿Le cepilla los dientes a su bebé con un poquito de crema dental con fluoruro todos los días?

No **Sí**

Seguridad y hábitos saludables

7. ¿Pone a su bebé en un asiento de automóvil orientado hacia atrás sujeto al asiento trasero del vehículo en cada viaje?

No **Sí**

8. ¿Tiene protección en todas las ventanas del segundo piso y puertas de seguridad en las escaleras?

No	Sí	No tengo un segundo piso
----	----	--------------------------

9. ¿Sabe usted qué debe hacer si su bebé se está atragantando?

No **Sí**

10. ¿Permanece en todo momento junto a su bebé cuando hay agua cerca (por ejemplo, en bañeras, piscinas, estanques y baldes)?

No **Sí**

11. ¿Vive o pasa mucho tiempo su bebé en un lugar construido antes de 1978 que tenga pintura resquebrajada o descascarada o que se haya renovado recientemente?

Sí **No**

12. ¿Mira su hijo televisión o videos, o juega en un teléfono o una tableta?

Sí **No**

Hitos del desarrollo

A esta edad, la mayoría de los bebés podrán hacer algunas de las cosas (pero no todas) que se mencionan a continuación. Cuéntenos cuánto de lo siguiente hace su bebé. Asegúrese de responder todas las preguntas.

13. ¿Estira su bebé los brazos hacia arriba para que lo alcen?

Todavía no	A veces	Mucho
------------	---------	-------

14. ¿Se sienta solo su bebé?

Todavía no	A veces	Mucho
------------	---------	-------

15. ¿Recoge su bebé alimentos y los come?

Todavía no	A veces	Sí, a menudo
------------	---------	--------------

16. ¿Se pone su bebé de pie?

Todavía no	A veces	Sí, a menudo
------------	---------	--------------

17. ¿Responde su bebé cuando juegan, por ejemplo, a esconder la cara o a chocar las palmas?

Todavía no	A veces	Mucho
------------	---------	-------

18. ¿Imita su bebé los sonidos que usted hace?

Todavía no	A veces	Sí, a menudo
------------	---------	--------------

19. ¿Le dice su bebé "mama", "dada" o un nombre similar?

Todavía no	A veces	Mucho
------------	---------	-------

20. ¿Sigue su bebé indicaciones, tales como "Ven aquí" o "Dame la pelota"?

Todavía no	A veces	Mucho
------------	---------	-------

Riesgo de tuberculosis

21. ¿Ha estado su bebé en contacto cercano con alguien que tenga tuberculosis (TB) o que haya tenido un resultado positivo en una prueba cutánea de TB?

Sí **No**

22. ¿Nació su bebé en un país con alto riesgo de tuberculosis, como en países de Sudamérica, Centroamérica, África, Asia (excepto Japón), Europa oriental, Rusia y sus alrededores?

O bien, ¿ha viajado a alguno de estos países alguien de su familia, incluido el bebé?

Sí **No**

Salud emocional

Preguntas para la persona que dio a luz: En las últimas dos semanas,

¿con qué frecuencia le ha preocupado alguno de los siguientes problemas?

23. Sentir poco interés o placer por hacer cosas.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

24. Tener sentimientos de desánimo, depresión o desesperanza.

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

25. Desde la última revisión médica de su bebé, ¿ha vivido su familia o su bebé algún cambio importante o alguna situación estresante (por ejemplo, enfermedad, mudanza, cambio de trabajo, pérdida, separación, divorcio o muerte de un familiar)?

Sí **No**

Si la respuesta es sí, por favor, explique: _____