

Nombre del Bebé _____ Edad del Bebé _____ Fecha _____

Persona que completa el formulario _____ Relación con el paciente _____

¿Su hijo ha padecido alguna enfermedad, hospitalización o cirugía desde su última visita? (SI) (NO)

Nutrición:	Si	No
¿Su bebé se está alimentando bien?	()	()
¿Su bebé es amamantado?	()	()
• En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?__		
¿Su bebé se está alimentado con fórmula para bebe? En caso afirmativo:	()	()
• ¿Cuál fórmula?_____		
• ¿Cuántas onzas cada vez que lo alimenta?_____		
• ¿Con qué frecuencia?_____		
¿Le está usted dando vitaminas a su bebé?	()	()
¿Le está usted dando algo más a su bebé para comer o beber?	()	()

Historial Familiar y Social:	Si	No
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?	()	()
¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)?	()	()
Si usted tiene otros hijos, ¿están teniendo dificultades para adaptarse al nuevo bebé?	()	()

Factores Preventivos de Salud/Riesgo:	Si	No
¿Su hijo duerme solo en su propio moisés o cuna?	()	()
¿Su hijo siempre anda en un asiento de coche, en el asiento trasero, mirando hacia atrás?	()	()
¿Usted, alguien que cuida de su hijo, o alguien en su casa fuma?	()	()

Salud Conductual/Mental:	Si	No
¿Su hijo llora más de lo que usted esperaba?	()	()
¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo, desarrollándose y comportándose?	()	()
¿Está usted interesado/a en inscribir a su hijo en la guardería?	()	()
• En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para encontrar un programa adecuado?	()	()

Vigilancia del Desarrollo:	Si	No
Social/Emocional: Si su hijo está molesto, ¿es capaz de calmarse?	()	()
Comunicativo: ¿Su hijo reconoce su voz?	()	()
Comunicativo: ¿Su hijo empieza a sonreír?	()	()
Cognitivo: ¿Su hijo sigue su cara con sus ojos?	()	()
Desarrollo Físico: ¿Su hijo levanta la cabeza cuando está boca abajo?	()	()