

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 bebé? 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)?	()	()

Factores Preventivos de Salud/Riesgo:	Si	No
¿Su hijo duerme únicamente boca arriba?	()	()
¿Su hijo duerme solo en su propio moisés o cuna?	()	()
¿Su hijo siempre anda en un asiento para 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
Desarrollo Físico: ¿Su hijo levanta la cabeza cuando está boca abajo?	()	()
Desarrollo Físico: ¿U hijo mueve los brazos y las piernas de igual manera?	()	()
Cognitivo: ¿Su hijo sigue su cara con sus ojos?	()	()
Comunicativo: ¿Su hijo hace gorgoritos?	()	()
Comunicativo: ¿Su hijo sonríe?	()	()
Social/Emocional: Si su hijo está molesto, ¿es capaz de calmarse?	()	()
Social/Emocional: ¿Su hijo lo mira?	()	()