

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 viaja 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?	()	()
¿Su casa es un lugar libre de andadores infantiles?	()	()
¿Su casa es un lugar libre de juguetes pequeños que representen un peligro de atragantamiento?	()	()
¿Su calentador de agua está ajustado a menos de 120 grados?	()	()

Salud Conductual/Mental:	Si	No
¿Su hijo cuenta con una rutina de sueño regular?	()	()
¿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:

Desarrollo Social/Emocional:	Si	No
¿Su hijo se puede calmar solo?	()	()
¿Su hijo sonríe para llamar su atención?	()	()
¿Su hijo desea que usted juegue con él/ella?	()	()

Desarrollo comunicativo:	Si	No
¿Su hijo balbucea?	()	()

Desarrollo Cognitivo:	Si	No
¿A su hijo le gusta acurrucarse?	()	()
¿Su hijo le hace saber cuándo está feliz o no?	()	()

Desarrollo Físico:	Si	No
¿Su hijo intenta sentarse sin dejar caer la cabeza hacia atrás?	()	()
¿Su hijo se pone peso en las piernas?	()	()
¿Su hijo empuja el pecho a la altura de los codos?	()	()
¿Su hijo tiene buen control de la cabeza?	()	()
¿Su hijo mueve ambos lados de la misma manera?	()	()
¿Su hijo comienza a rodar y alcanzar objetos?	()	()