

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)

| <b>Nutrición:</b>  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| ¿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 ha dado comida para bebés?   | ( )       | ( )       |

| <b>Historial Familiar y Social:</b>   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|---|-----------|-----------|
| ¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?                               | ( )       | ( )       |
| ¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)? | ( )       | ( )       |

| <b>Factores Preventivos de Salud/Riesgo:</b>  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|---|-----------|-----------|
| ¿Su hijo duerme boca arriba?  | ( )       | ( )       |
| ¿Su hijo duerme solo en su propio moisés o cuna?  | ( )       | ( )       |
| ¿Cuántas horas de televisión o video tiene su hijo permitidas por día? _____                | ( )       | ( )       |
| ¿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?                            | ( )       | ( )       |
| ¿Siente usted que su hogar es un lugar seguro para niños?                                   | ( )       | ( )       |
| ¿Cuenta usted con el número de teléfono de control toxicológico? (800-222-1222)             | ( )       | ( )       |

| <b>Salud Conductual/Mental:</b>  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| ¿Su hijo tiene 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:

| <b>Desarrollo Físico:</b>                              | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| ¿Su hijo se sienta levemente inclinado hacia adelante? | ( )       | ( )       |
| ¿Su hijo se puede dar vuelta?                          | ( )       | ( )       |

| <b>Desarrollo Cognitivo:</b>              | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|---|-----------|-----------|
| ¿A su hijo le gusta mirar a su alrededor? | ( )       | ( )       |
| ¿Su hijo se introduce objetos en la boca? | ( )       | ( )       |

| <b>Desarrollo Social/Emocional:</b>            | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| ¿A su hijo le gusta jugar con usted?           | ( )       | ( )       |
| <b>Desarrollo comunicativo:</b>                | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| ¿Su hijo balbucea?                             | ( )       | ( )       |
| ¿Su hijo empieza a reconocer su propio nombre? | ( )       | ( )       |
| ¿Su hijo intenta "hablar" con usted?           | ( )       | ( )       |