

Nombre del Niño _____ Edad del Niño _____ 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)

Historial Perinatal:	Si	No
¿Su bebé nació a término?	()	()
¿Hubo algún problema durante el embarazo?	()	()
¿Hubo algún problema o complicación durante/después del parto?	()	()
¿Su bebé estuvo en presentación pelviana en algún momento durante el embarazo?	()	()
¿Su bebé necesitó oxígeno o antibióticos?	()	()
¿Su bebé recibió la primera vacuna contra la hepatitis B?	()	()
¿Su bebé pasó la prueba de audición?	()	()

Nutrición:	Si	No
¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer? _____		
¿El peso de su bebe al ser dado de alta hospitalaria, si lo sabe? _____		
¿Su bebé está alimentándose bien?	()	()
¿Su bebé es amamantado?	()	()
• En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____		
¿Está alimentando a su bebe con algo de comer o beber?	()	()
¿Su bebé está alimentado con fórmula para bebé? En caso afirmativo:	()	()
• ¿Qué fórmula? _____		
• ¿Cuántas onzas por cada vez que lo alimenta? _____		
• ¿Con qué frecuencia? _____		

Historial Familiar y Social:	Si	No
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia?	()	()
¿Quién vive en casa con usted?		
¿Siente que tiene suficiente apoyo de amigos/familia/unos con otros?	()	()
¿Le está costando adaptarse a su nueva situación?	()	()

Factores Preventivos de Salud/Riesgo:	Si	No
¿Su hijo duerme únicamente boca arriba?	()	()
¿Cuenta usted con un moisés o cuna para su bebé?	()	()
¿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?	()	()
¿Hay detectores de humo y extintores en su casa?	()	()
• En caso afirmativo, ¿se revisan anualmente?	()	()
	()	()
¿Tiene usted un termómetro?	()	()
	()	()

Salud Conductual/Mental:	Si	No
¿Cómo describiría el temperamento de su hijo?		
¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo, desarrollándose y comportándose?	()	()
¿Está usted interesado/a en inscribir a su hijo en la guardería?	()	()
<ul style="list-style-type: none"> • En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para encontrar un programa adecuado? 	()	()

Vigilancia del Desarrollo:	Si	No
Comunicativo: ¿Su bebé busca su voz y su voz lo calma?	()	()
Cognitivo: ¿Su bebé sigue su cara con los ojos?	()	()
Desarrollo Físico: ¿Su hijo levanta la cabeza cuando está boca abajo?	()	()
¿Su bebé puede chupar, tragar y respirar fácilmente?	()	()