

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 4 Meses:

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo/a. Esto ayudará a que el doctor pueda dedicar más tiempo a conversar sobre aquellos temas específicos que le preocupen.

- | | | | |
|---|----|----|------|
| ¿Levanta su hijo/a la cabeza cuando está boca abajo? | Sí | No | Duda |
| ¿Se da vuelta su bebé? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede mantener la cabeza firme cuando usted lo/la levanta? | Sí | No | Duda |
| ¿Trata de alcanzar objetos? | Sí | No | Duda |
| ¿Sostiene brevemente un objeto? | Sí | No | Duda |
| ¿Balbucea y hace sonidos como “ba”, “ga”, “ma”? | Sí | No | Duda |
| ¿Sonríe su bebé? | Sí | No | Duda |
| ¿Se ríe o hace chillidos? | Sí | No | Duda |

¿Cómo alimenta a su hijo/a, le da el pecho o leche maternizada (fórmula)?

| | | |
|-------|-------------------|-------|
| Pecho | Leche maternizada | Ambos |
|-------|-------------------|-------|

Si le está dando leche maternizada, ¿cuántas onzas le da en 24 horas? _____ oz

¿Qué tipo de leche maternizada? _____

- | | | | |
|--|----|----|------|
| ¿Tiene usted una rutina regular para la hora de acostarse de su bebé? | Sí | No | Duda |
| ¿Nació su bebé dentro de las 3 semanas de la fecha prevista? | Sí | No | Duda |
| ¿Pesó más de 5 libras 8 onzas (2500gm) al nacer? | Sí | No | Duda |
| ¿Hay en su familia antecedentes de fiebre del heno, asma, eczema o alergias a comidas? | Sí | No | Duda |

Si es así, por favor explique _____

¿Se ha sentido la mamá triste, ansiosa, desesperanzada o deprimida con frecuencia? Sí No Duda

¿Quién cuida a su bebé durante el día? _____

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento o suplemento, incluyendo vitaminas? Si es así, por favor enumere abajo:

¿Le preocupa algo sobre el desarrollo de su hijo/a, o tiene alguna otra preocupación sobre la que quisiera conversar con su doctor? Sí No

Si es así, ¿qué preocupaciones tiene?