

Nombre del Niño/a: _____

Recién Nacido/Visita de 2 Semanas:

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 la cabeza su bebé? | Sí | No | Duda |
| ¿Mueve los brazos y las piernas igualmente? | Sí | No | Duda |
| ¿Parece examinar objetos o mirar la luz? | Sí | No | Duda |
| ¿Parece mirar o examinar la cara de las personas? | Sí | No | Duda |

¿Cómo alimenta al niño/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? _____

¿Le interesa ver a un especialista de lactancia? Sí No Duda

¿Hay en su familia antecedentes de fiebre del heno, asma, eczema o alergias a comidas? Sí No Duda

Si es así, explique por favor: _____

¿Coloca siempre a su bebé a dormir boca arriba? Sí No Duda

¿Duerme siempre el bebé en una cuna o un moisés? Sí No Duda

¿Tiene en su casa alarmas de incendio que estén en buen funcionamiento? Sí No Duda

¿Hay en su casa personas que fuman? Sí No Duda

¿Está tomando su bebé algún medicamento o suplemento? 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?