

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 1 Mes:

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 acostado/a boca abajo?	Sí	No	Duda
¿Mueve los brazos y las piernas igualmente?	Sí	No	Duda
¿Balbucea y hace sonidos como “ooh”, “aah”?	Sí	No	Duda
¿Sonríe su hijo/a?	Sí	No	Duda
¿Parece mirar y examinar las caras de las personas?	Sí	No	Duda
¿Sigue objetos con los ojos?	Sí	No	Duda

¿Cómo alimenta a su bebé, 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? _____

¿Coloca siempre a su bebé a dormir boca arriba?	Sí	No	Duda
¿Duerme el bebé siempre 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
¿Tiene alguna preocupación con respecto a la seguridad de su hogar?	Sí	No	Duda

Si es así, ¿cuál es su preocupación? _____

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

¿Está tomando su bebé algún medicamento o suplemento? Si es así, por favor enumere abajo:

Evaluación de Riesgo de Exposición/Infección de Tuberculosis:

¿Tiene algún contacto o miembro de la familia que haya tenido tuberculosis?	Sí	No	Duda
¿Ha tenido algún familiar un examen de piel positivo para la tuberculosis?	Sí	No	Duda
¿Tiene en su casa alarmas de incendio que estén en buen funcionamiento?	Sí	No	Duda

¿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?