

Nombre del Niño/a: _____

Visita de 2 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.

- | | | | |
|--|----|----|------|
| ¿Puede su hijo/a sostener la cabeza más o menos firme cuando usted lo/a levanta? | Sí | No | Duda |
| ¿Puede sostener un objeto brevemente? | Sí | No | Duda |
| ¿La sigue a usted o sigue objetos con la mirada o los ojos? | Sí | No | Duda |
| ¿Mira o examina objetos? | Sí | No | Duda |
| ¿Sonríe? | Sí | No | Duda |
| ¿Balbucea y hace sonidos como “ooh”, “aah”? | 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? _____

- | | | | |
|---|----|----|------|
| ¿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? _____

En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido la mamá triste, deprimida o sin esperanza?	Sí	No	Duda
---	----	----	------

En las últimas dos semanas, ¿ha tenido la mamá poco interés o placer en hacer cosas?	Sí	No	Duda
--	----	----	------

¿Quién cuida al bebé durante el día? _____

¿Está tomando su hijo/a 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?