

## Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 0-2 semanas

### Historial de intervalos:

¿Su bebé nació a término (37 semanas o más de edad gestacional)?	Sí	No	
¿Hubo problemas con el embarazo o el parto?	No	Sí	
¿Ha padecido su bebé alguna enfermedad importante, ha acudido a la sala de emergencias o unidad de urgencias desde su última cita en el consultorio?	No	Sí	
¿Su bebé aprobó la prueba de audición realizada en el hospital?	Sí	No	No está seguro(a)
¿Se le realizó a su bebé un examen preliminar del recién nacido en el hospital (un examen donde se extrae sangre del talón)?	Sí	No	No está seguro(a)

### Desarrollo:

¿Su bebé observa su rostro (empieza a enfocar sus ojos)?	Sí	No	
¿Su bebé responde a voces o sonidos?	Sí	No	
¿Su bebé mueve tanto las manos como las piernas?	Sí	No	
¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve o escucha su bebé?	No	Sí	

### Mantenerse sano/seguridad/salud dental/exposición al tabaco:

¿Su hogar tiene un detector de humo en funcionamiento?	Sí	No	
¿Ha disminuido la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)?	Sí	No	No corresponde
¿Su hogar tiene el número del Centro de Toxicología (800-222-1222) cerca del teléfono?	Sí	No	
¿Siempre pone su bebé a dormir boca arriba?	Sí	No	
¿Siempre coloca a su bebé en la silla de seguridad orientada hacia atrás situada en el asiento trasero del automóvil?	Sí	No	
¿La silla de seguridad es la correcta para la edad y el tamaño de su bebé?	Sí	No	
¿Su bebé pasa tiempo con una persona que fuma?	No	Sí	



Nombre de paciente / fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Apoyo para padres:**

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido los siguientes problemas?:

Sentirse triste, deprimida, irritable o sin consuelo

[Para nada] [Varios días] [Más de la mitad de ese tiempo] [Casi todos los días]

¿Poco interés o placer en hacer las cosas?

[Para nada] [Varios días] [Más de la mitad de ese tiempo] [Casi todos los días]

**Nutrición/actividad física:**

¿Cuánto pesó su bebé al nacer?

\_\_\_ lbs \_\_\_ oz

Para amamantar: ¿Cuántos minutos amamanta por lado?

\_\_\_ minutos

Para alimentar con biberón/fórmula para bebé: ¿Cuántas onzas por toma?

\_\_\_ oz

Si está dando fórmula para bebé, ¿qué marca está usando?

\_\_\_\_\_

¿Qué tan seguido alimenta a su bebé?

Cada \_\_\_ horas

¿Cuántas tomas en 24 horas?

\_\_\_ tomas

¿Le da a su bebé alguna otra cosa en el biberón aparte de fórmula o leche de pecho?

Si No

¿Tiene alguna inquietud sobre la alimentación/peso de su bebé?

No

Sí

Omitir

**Evacuaciones:**

¿Su bebé utiliza al menos 6 a 8 pañales en 24 horas?

Sí No

¿Su bebé tiene un flujo de orina fuerte?

Sí No No está seguro(a)

¿Su bebé tiene evacuaciones blandas y amarillas?

Sí No

Por favor, enumere todos los medicamentos o suplementos que su bebé está tomando, incluyendo vitamina D:

Por favor, enumere todos los problemas médicos familiares importantes:

Por favor, enumere cualquier alergia conocida que padezca:

¿Tiene alguna inquietud acerca del desarrollo de su hijo(a) o cualquier otra inquietud que le gustaría comentar con su proveedor?

Nombre de paciente / fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b><i>Uso exclusivo de la clínica</i></b>	Asesorado	Referido	Guía preventiva	Se ordena seguimiento	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> <b>Paciente rechazó SHA</b> </div>
<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Exposición al tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Salud dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Firma del médico de atención primaria		Nombre en letra molde:			Fecha:

Ver: 5-1-15