

Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 1 mes

Historial de intervalos:

- ¿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
- ¿Su bebé levanta su cabeza cuando está acostado(a) boca abajo? Sí No

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 se queda con su bebé cuando él/ella está en la tina de baño? Sí No
- ¿Siempre coloca a su bebé en una 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

Apoyo para padres:

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

Sentirse triste, deprimida, irritable o sin consuelo



L15854 Well Baby Check 1 Month

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

[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]

Detección de tuberculosis:

¿Un miembro de la familia o un conocido ha padecido de tuberculosis o tenido un resultado positivo a una prueba en la piel para detectar tuberculosis (PPD)?

No Sí No está seguro(a)

¿Su hijo(a) nació en un país de alto riesgo (cualquier país *excepto* EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?

No Sí

¿Su hijo(a) ha salido de viaje (o ha tenido contacto con personas que viven en un país de alto riesgo) por más de una semana (cualquier país *excepto* EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?

No Sí

Sueño:

¿Cuántas horas duerme su bebé en la noche?

____ horas

¿Cuántas horas duran las siestas de su bebé a lo largo del día?

____ horas

Nutrición/actividad física:

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 un biberón de cualquier otro líquido que no sea fórmula para bebé o leche materna?

Sí No

¿Tiene alguna inquietud sobre la alimentación de su bebé?

No Sí

Evacuaciones:

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

Sí No

¿Su bebé evacúa de manera regular con una consistencia normal (blanda/suelta)?

Sí No

Nombre de paciente / fecha de nacimiento _____

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

¿Quién vive en casa con su bebé? _____

¿Quién proporciona cuidados a su hijo(a) durante el día? _____

 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? _____

Firma: _____

Fecha: _____

<i>Uso exclusivo de la clínica</i>	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"/> Paciente rechazó SHA </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: 6-26-14