

## Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 2 meses

### 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

### Desarrollo:

¿Su bebé observa su rostro (empieza a enfocar sus ojos)?      Sí      No

¿Su bebé responde a voces o sonidos?      Sí      No

¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve o escucha su bebé?      No      Sí

¿Su bebé levanta su cabeza 45° cuando está acostado(a) boca abajo?      Sí      No

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

¿Su bebé le habla (emite sonidos)?      Sí      No

¿Su bebé sonríe?      Sí      No

¿Puede su bebé agarrar objetos y soltarlos?      Sí      No

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

¿Su bebé mira la televisión?      No      Sí

¿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 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 en una casa donde se guarda una pistola?

No

De ser sí, ¿las pistolas están guardadas en un caja fuerte para armas, o guardadas bajo llave separadas de las municiones?      Sí      No      Omitir

¿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 usted 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]

**Sueño:**¿Cuántas horas duerme su bebé en la noche? \_\_\_\_ hora; y ¿cuánto duran las siestas durante el 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? Sí No

**Evacuaciones:**

¿Su bebé evacúa de manera regular con una consistencia normal (blanda/suelta)? Sí No

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? \_\_\_\_\_

Enumere todos los problemas médicos familiares importantes: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier alergia conocida que padezca: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud acerca del desarrollo de su bebé o cualquier otra inquietud que le gustaría comentar?  
\_\_\_\_\_

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

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

Nombre de paciente / Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

<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: 6-26-14