

Revisión de bebé sano: Cuestionario para la visita de pacientes de 4 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
- ¿Su bebé ha tenido alguna reacción a las vacunas administradas en el pasado? No Sí

Desarrollo:

- ¿Puede su bebé seguir su rostro o un objeto en un arco de 180°? Sí No
- ¿Su bebé gira su cabeza al escuchar voces o sonidos? Sí No
- ¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve o escucha su bebé? No Sí
- ¿Su bebé levanta su cabeza y pecho cuando está acostado(a) boca abajo? Sí No
- ¿Su bebé grita, ríe e inicia interacciones? Sí No
- ¿Puede su bebé extender su brazo y agarrar objetos? Sí No
- ¿Puede su bebé juntar sus manos? Sí No
- Cuando coloca a su bebé en una posición sentada, ¿su cabeza está estable? Sí No
- ¿Su bebé rueda sobre sí mismo(a)? 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
- ¿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 Sí Omitir

De ser sí, ¿están todas las pistolas guardadas en caja fuerte para armas,

o guardadas bajo llave separadas de las municiones? Sí No No corresponde

- ¿Su bebé pasa tiempo con una persona que fuma? No Sí



L15856 Well Baby Check 4 Months

Nombre de paciente / Fecha de nacimiento _____

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 de leche materna o fórmula para bebé ofrece en 24 horas? _____ tomas

¿Ha empezado a ofrecer alimentos sólidos a su bebé? No Sí

¿Le da a su bebé un biberón de cualquier otro líquido que no sea fórmula para bebé o leche materna? No Sí

¿Tiene alguna inquietud sobre la alimentación de su bebé? No Sí

Evacuaciones:

¿Su bebé evacúa de manera regular con una consistencia normal (blanda)? 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 bebé durante el día? _____

Por favor, enumere todos los problemas médicos familiares importantes: _____

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"/>	
<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"/>	

Nombre de paciente / Fecha de nacimiento _____

 Salud dental **Paciente rechazó SHA**Firma del médico
de atención primariaNombre en
letra molde:

Fecha:

Ver: 6-26-14