

Mundelein Pediatrics

Examen de 1 Mes

Nombre: _____ FDN: _____ Fecha: _____

Favor de circular la respuesta que describa mas apropiadamente a su hijo (a):

- 1. Lactancia materna: Si/No Preocupación: _____
- 2. Alimentación con biberon? Si/No Preocupación: _____
- 3. Se despierta en la noche para alimentar? Si/No Preocupación: _____
- 4. Vomita o escupe excesivamente? Si/No Preocupación: _____
- 5. Orina bien? Si/No Preocupación: _____
- 6. Tiene el movimiento intestinal normal? Si/No Preocupación: _____
- 7. Duerme en su espalda? Si/No Preocupación: _____
- 8. Es puesto en el aciento trasero del vehiculo con el aciento de bebe volteado hacia tras? Si/No _____
- 9. Toma alguna vitamina? Si/No Nombre del producto: _____
- 10. Ha visitado el salon de emergencias? Si/No _____
- 11. Se ha enfermado desde la ultima visita? Si/No _____
- 12. Desarrolladamente: sigue objetos en movimientó con sus ojos, el movimiento de todas sus extremidades es igual, mantiene la cabeza levantada mientras esta de barriga

Favor de circular las respuesta que mas describa el ambiente de su hogar:

- 1. Hogar y coche sin fumar? Si/No
 - 2. Padres fuman afuera? Si/No Mamá/Papá/Hermanos/Familiar/Niñera
 - 3. Guarderia: Ninguna/Familiar/Guarderia?/Niñera
 - 4. Proveedor de cuidado primario Mamá/Pápa/ Abuelos
 - 5. Composición del hogar:
Adultos(Nombres/Edad): _____
Niños(Nombres/Edad): _____
 - 6. Alguna enfermedad nueva en los padres o hermanos? Si/No _____
 - 7. Rivalidad entre hermanos: Si/No
 - 8. La mamá tiene depresion de postparto(llorando demasiado, triste o deprimida) : Si/No
 - Tiene alguna preocupación que decee preguntar? Si/No
- _____

