

Mundelein Pediatrics

Examen de 2 Meses

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: sonrisa respondiente , arrullos/vocaliza, sobresalta al ruido, le gusta estar de barriga, mantiene la cabeza levantada cuando esta de barriga, los sigue con los ojos.

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
- _____

