

Mundelein Pediatrics

Examen de 4 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. Duerme durante la noche? Si/No Preocupación: _____
() horas por la noche
() horas de siesta durante el dia
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/sonrisas, balbucea, si esta sentado mantiene la cabeza erecta, le gusta estar de barriga, mantiene la cabeza levantada cuando esta de barriga, da vueltas (de frente hacia tras) atrapa y agarra objetos, cuando la cabeza esta fire empuja con los pies

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. Alguna reacción a las vacunas anteriores Si/No
 8. Rivalidad entre hermanos: Si/No
 9. La mamá tiene depresion de postparto(IIorando demasiado, triste o deprimida) : Si/No
- Tiene alguna preocupaci3n que decee preguntar? Si/No
-
-
-