

## Mundelein Pediatrics

### Examen de 6 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. Solidos (cereal de arroz/pure de frutas y verduras? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
4. Duerme durante la noche? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_  
( ) horas por la noche  
( ) horas de siesta durante el dia
5. Vomita o escupe excesivamente? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
6. Orina bien? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
7. Tiene el movimiento intestinal normal? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
8. Duerme en su espalda? Si/No Preocupación: \_\_\_\_\_
9. Es puesto en el aciento trasero del vehiculo con el aciento de bebe volteado hacia tras? Si/No
10. Toma alguna vitamina? Si/No Nombre del producto: \_\_\_\_\_
11. Ha visitado el salon de emergencias? Si/No \_\_\_\_\_
12. Se ha enfermado desde la ultima visita? Si/No \_\_\_\_\_
13. Desarrolladamente: juega peek-a-boo, rie/chillidos/imita sonidos, sentado con asistencia, mantiene la cabeza erecta, da vueltapor los dos lados, alcanza y agarra objetos, puede poner peso en sus piernas, pasa los objetos de una mano a otra.

-----  
***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
- Tiene alguna preocupación que decee preguntar?* Si/No
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_