

Nombre del paciente _____

¿Quién acompañó al niño hoy?
(nombre y relación al niño) _____

¿Con quiénes vive el niño? _____

¿Hay algún problema de salud crónico? _____

¿Tiene preocupaciones sobre los problemas de
salud mencionados arriba? _____

¿Tiene preocupaciones nuevas o recientes sobre su salud? _____

Alimentación:

¿Ha empezado a comer algunas comidas
de la mesa? _____

¿Tipo de alimentación?
(trace un círculo alrededor de la respuesta) **Pecho o Biberón**

Si da biberón:

La marca de formula que usa: _____

¿Aproximadamente cuántas onzas toma al día? _____

¿Tiene algunas preocupaciones sobre su
alimentación en general? _____

¿Tiene algunas preocupaciones sobre las
evacuaciones intestinales o la micción (orina)? _____

Si usted no entiende algunas de estas preguntas, por favor pregúntele a su enfermera.

La rutina para dormir:

¿Cuál es el promedio de horas que duerme en 24 horas?

¿Cuántas veces se despierta en la noche?

¿Cuántas siestas toma?

¿Cuánto tiempo duran las siestas?

¿Dónde duerme su niño?

¿Hay alguien que fume en la casa?

Por favor apunte los medicamentos actuales:

¿Tiene algunas alergias a medicinas?

¿Hace su bebé lo siguiente?

¿Se sienta bien?

Sí No

¿Se mantiene parado mientras se agarra de algo?

Sí No

¿Se pone de pies mientras se agarra de algo?

Sí No

¿Gatea o se arrastra con las manos?

Sí No

¿Parcialmente se da de comer a sí mismo con los dedos?

Sí No

¿Transfiere un objeto de mano a mano?

Sí No

Si usted no entiende algunas de estas preguntas, por favor pregúntele a su enfermera.