

Newborn Well Child Exam Form

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene usted alguna duda o pregunta sobre la salud de su hijo que desee resolver el día de hoy?

¿Cuál es el estado de salud de su hijo? **Bueno Regular Malo**

¿Su hijo ha visitado la sala de emergencias en los últimos 12 meses? **Sí No**

De ser así, indique la razón: _____

¿Su hijo ha recibido tratamiento en el hospital en los últimos 12 meses? **Sí No**

De ser así, indique la razón: _____

¿Su hijo alguna vez ha tenido reacciones a alguna vacuna o inmunización? **Sí No**

CASA y FAMILIA

¿Con quién vive su hijo? _____ ¿Cuántos hermanos(as) tiene? _____

¿En qué tipo de vivienda reside? _____ ¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda? _____

¿Su hijo comparte el dormitorio? **Sí No** ¿Alguna persona en la casa fuma? **Sí No**

¿El padre de su hijo participa en su cuidado? **Sí No**

¿Cómo es la relación de su hijo con sus hermanos(as)? **Buena Regular Mala N/A; es hijo**

único

¿Qué tipo de disciplina se utiliza en la casa? **Verbal Penitencias Nalgadas Otro: _____**

¿Hay algún antecedente de abuso? **Sí No** ¿Hay algún antecedente de abandono? **Sí No**

¿Hay algún antecedente de descuido o negligencia? **Sí No**

¿Alguna persona en la casa consume drogas? **Sí No**

¿Hay algún antecedente de violencia doméstica? **Sí No**

¿Ha recibido visitas de la agencia de Servicios de Protección Infantil (CPS) en su casa? **Sí No**

De ser así, ¿el caso con CPS continúa abierto? **Sí No**

¿Su hijo ha estado alguna vez bajo cuidado tutelar? **Sí No** De ser así, ¿en cuántas ocasiones? _____

¿Se siente usted estresado? **Sí No**

Newborn Well Child Exam Form

¿Tiene mascotas en la casa? **Sí** **No** De ser así, ¿de qué tipo? _____

SALUD EN GENERAL

¿Cómo se alimenta su hijo?

Lactancia materna

Toma leche materna extraída en botella

Toma fórmula

¿Qué tan bien lacta? **Bien** **Mal**

¿Cuánto tiempo lacta por lado? _____

Si utiliza fórmula, ¿de qué tipo? _____

Si utiliza fórmula, ¿cuánta leche ingiere en cada botella? **1 oz** **2 oz** **3 oz** **4 oz** **5 oz** **6 oz**

¿Con qué frecuencia se alimenta? Cada: **hora** **2 horas** **3 horas** **4 horas** **5 horas**

¿Con qué frecuencia su hijo mueve el intestino? _____

¿Con qué frecuencia su hijo orina (moja el pañal)? _____

¿Cómo duerme su hijo? **En posición supina (sobre la espalda)**

De lado

En posición prona (sobre el estómago)

En cuna

En moisés

¿Cómo describiría el temperamento de su hijo?

Tranquilo

Con cólicos

Demandante

Llora cuando tiene hambre o alguna necesidad

Está molesto todo el tiempo

Está molesto por la noche

Está molesto, pero es fácil de consolar

¿Tienen usted alguna inquietud con respecto a...?

¿El desarrollo de su hijo? **Sí** **No**

¿La conducta de su hijo? **Sí** **No**

AUDICIÓN

Su hijo:

Se tranquiliza al escuchar una voz familiar y amigable

Sí **No**

Se despierta cuando usted habla o hace ruidos de cerca

Sí **No**

VISTA

¿Le preocupa cómo ve su hijo?

Sí **No**

¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o parecen cruzarse, divagar o estar perdidos?

Sí **No**

¿Los párpados de su hijo se caen o un párpado tiende a cerrarse?

Sí **No**

¿Su hijo se ha lastimado alguna vez los ojos?

Sí **No**

Revision Date: 5/17/2016

Next Review Date: 5/17/2019

Newborn Well Child Exam Form

Marque cada tarea que su hijo pueda realizar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Elevar el cuerpo al estar acostado sobre el estómago | <input type="checkbox"/> Responder a estímulos |
| <input type="checkbox"/> Mover los brazos y las piernas por igual | <input type="checkbox"/> Observar su cara |
| <input type="checkbox"/> Enfocar brevemente en caras u objetos | |
| <input type="checkbox"/> Llorar para comunicarse | |

SEGURIDAD GENERAL

¿Su hijo utiliza siempre un asiento para auto?	Sí	No
¿Su casa es segura para su hijo?	Sí	No
¿Tiene los siguientes objetos en su hogar?		
Detector de humo	Sí	No
Detector de monóxido de carbono	Sí	No
Extintor	Sí	No