

Información sobre la Salud (6 Meses de edad)

CONSUMO

¿Qué tan seguido amamanta a su bebe? Cada _____ horas

Si le da leche extraída, ¿cuántas onzas por alimentación? _____ Onzas cada _____ horas

Si su bebe es alimentado con formula, ¿Cuál es el nombre de la formula? _____

¿Cuántas onzas de formula su bebe toma? _____ Onzas cada _____ horas

¿Cuándo empezó a darle comida solida? _____ ¿Cuántas veces por día? _____

¿Su bebe toma vitamina? Sí No

¿Mamá toma vitaminas? Sí No

OUTPUT

¿Cuántas veces al día su bebe hace popo? _____ ¿Cuál es la consistencia? _____

SUEÑO

¿Cómo duerme su bebe? De espalda De lado Boca abajo

¿En que duerme su bebe? Cuna Moisés Cama con padre/con alguien Columpio/silla

¿Dónde duerme su bebe? Cuarto de padres Su cuarto Hermano/a

¿Su bebe tiene una rutina para dormir? _____

Hora que duerme _____pm Hora que se levanta _____am

¿Cuántas veces su bebe se levanta en la noche? _____

Usualmente, ¿qué hace cuando su bebe despierta en la noche? _____

¿Pone a su bebe a dormir mientras está despierto? Sí No

¿Su bebe se duerme mientras come? Sí No

¿Usted mantiene una mamila en la cuna con su bebe? Sí No

¿Qué más hay en la área donde duerme su bebe aparte de la cuna/moisés y colchón? _____

¿Cuántas siestas toma su bebe al día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ horas/siesta

SEGURIDAD

¿Su bebe viaja en asiento de carro? Sí No

En el asiento de carro, ¿su bebe está mirando? frente atrás

GUARDERIA/ESCUELA

¿Quién está con su bebe la mayoría del tiempo? Mamá Papá Niñera Familiar

Si está en guardería, ¿qué tipo? Grande comercial Pequeña en-casa

DESARROLLO/COMPORTAMIENTO

Describa el temperamento de su bebe (feliz, inquieto, calmado, etc.)

OTRO

¿Cuántas horas de televisión su bebe ve al día?

¿Cuántas veces por día usted le cepilla los dientes a su bebe?

¿Qué tipo de agua tiene en casa? Ciudad Well Community well Agua de botella

¿Toma agua de la llave? Si No

Lista de medicamentos que su hijo/a toma: _____

¿Necesita una prescripción de algún medicamento que se le haya terminado? _____

¿Preocupaciones? _____

CUESTIONARIO DE DEPRESION POSPARTO

Favor de circular la respuesta que se acerca más o como se sintió **durante la semana pasada**, y no simplemente como se sienta hoy. Las diez preguntas deben ser completadas.

Ignore el puntaje indicado.

1. Durante la semana pasada he podido reír y ver el lado divertido de las cosas
 - a. Tanto como siempre he podido (0 puntos)
 - b. No tanto ahora (1 punto)
 - c. Definitivamente no tanto ahora (2 puntos)
 - d. Para nada (3 puntos)
2. Durante la semana pasada he visto las cosas con alegría
 - a. Tanto como siempre lo he hecho (0 puntos)
 - b. Menos de lo que hacia antes (1 punto)
 - c. Definitivamente no tanto como lo hacia antes (2 puntos)
 - d. Casi para nada (3 puntos)
3. Durante la semana pasada me he culpado innecesariamente cuando las cosas han ido mal
 - a. Si, la mayoría de las veces (3 puntos)
 - b. Si, algunas veces (2 puntos)
 - c. No muy a menudo (1 punto)
 - d. No, nunca (0 puntos)
4. Durante la semana pasada he estado ansiosa o preocupada sin motivo alguno
 - a. No, para nada (0 puntos)
 - b. Casi nada (1 punto)
 - c. Si, algunas veces (2 puntos)
 - d. Si, muy frecuentemente (3 puntos)
5. En la semana pasada he sentido temor o he estado aterrorizada sin motivo justificado
 - a. Si, bastante a menudo (3 puntos)
 - b. Si, a veces (2 puntos)
 - c. No, no mucho (1 punto)
 - d. No, para nada (0 puntos)
6. Durante la semana pasada las cosas han sacado lo mejor de mi
 - a. Si, la mayoría de las veces no he podido hacer frente a las situaciones (3 puntos)
 - b. Si, a veces no he podido hacer frente a las situaciones como de costumbre (2 puntos)
 - c. No, mayormente he controlado las situaciones bastante bien (1 punto)
 - d. No, he estado en control como siempre (0 puntos)
7. Durante la semana pasada he estado tan triste que he tendido dificultad en dormir
 - a. Si, la mayor parte del tiempo (3 puntos)
 - b. Si, algunas veces (2 puntos)
 - c. No muy frecuentemente(1 punto)
 - d. No, para nada (0 puntos)
8. Durante la semana pasada he estado triste o miserable
 - a. Si, la mayor parte del tiempo(3 puntos)
 - b. Si, con frecuencia (2 puntos)
 - c. No muy frecuentemente (1 punto)
 - d. No, para nada (0 puntos)
9. Durante la semana pasada he estado tan infeliz que he llorado
 - a. Si, la mayoría del tiempo(3 puntos)
 - b. Si, con bastante frecuencia (2 puntos)
 - c. Solo de vez en cuando(1 punto)
 - d. No, nunca (0 puntos)
10. En la semana pasada el pensamiento el pensamiento de hacerme daño se me ha ocurrido
 - a. Si, frecuentemente (3 puntos)
 - b. Algunas veces (2 puntos)
 - c. Casi nunca (1 punto)
 - d. Para nada (0 puntos)

| Ages and Stages – 6 Meses | Si | Algunas veces | Todavía No |
|---|-----------|----------------------|-------------------|
| Comunicación | | | |
| 1. ¿Hace chillidos agudos su bebé? | | | |
| 2. Al experimentar con sonidos, ¿su bebé hace sonidos de tono bajo, como gruñir o rugir? | | | |
| 3. Si Ud. llama a su bebé cuando ella no lo/la puede ver, ¿voltea la cabeza en la dirección de su voz? | | | |
| 4. Cuando escucha un ruido fuerte, ¿su bebé voltea a ver de dónde viene? | | | |
| 5. ¿Hace su bebé sonidos como “da”, “ga”, “ka”, y “ba”? | | | |
| 6. Si Ud. imita los sonidos que hace su bebé, ¿ella los repite? | | | |
| | | | |
| Motora Gruesa | | | |
| 1. Al estar acostado boca arriba, ¿levanta su bebé las piernas lo suficiente para poder verse los pies? | | | |
| 2. ¿Cuándo está boca abajo, estira los dos brazos y levanta todo el pecho de la cama o del suelo? | | | |
| 3. Cuando está acostada boca arriba, ¿su bebé puede darse la vuelta para estar boca abajo, sacando los brazos hacia los lados del cuerpo? | | | |
| 4. Cuando Ud. sienta a su bebé en el suelo, ¿él usa las manos para apoyarse? (Si su bebé ya puede sentarse sin apoyarse con las manos, “sí” en esta pregunta.) | | | |
| 5. Si Ud. agarra las manos de su bebé para ayudarlo a mantener el equilibrio, ¿ella puede sostener su propio peso mientras está de pie? | | | |
| 6. ¿Puede su bebé ponerse en la postura para gatear apoyándose en las manos y en las rodillas? | | | |
| | | | |
| Motora Fina | | | |
| 1. ¿Toma su bebé un juguete que se le ofrece, lo mira, lo agita o lo muerde por aproximadamente un minuto? | | | |
| 2. ¿Su bebé extiende las dos manos a la vez para agarrar un juguete? | | | |
| 3. ¿Extiende la mano para tomar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) y/o lo toca con el dedo o la mano? (Si su bebé ya puede agarrar un objeto pequeño, marque “sí” en esta pregunta.) | | | |
| 4. ¿Puede agarrar un juguete pequeño y tenerlo en la palma de la mano, sujetándolo con los dedos? | | | |
| 5. ¿Intenta agarrar una migaja de pan o un Cheerio (cereal de desayuno) usando el dedo pulgar y todos los demás dedos, haciendo un movimiento como de rastrillo, incluso si no puede agarrarlo? (Si ya puede agarrar una migaja o un Cheerio de esta manera, marque “sí” en esta pregunta.) | | | |
| 6. ¿Agarra un juguete pequeño con una sola mano? | | | |
| | | | |
| Resolución De Problemas | | | |
| 1. Cuando hay un juguete enfrente de su bebé, ¿intenta alcanzarlo usando las dos manos? | | | |
| 2. Cuando está boca arriba, ¿vuelve la cabeza para buscar un juguete cuando lo deja caer? (Si al dejarlo caer ya puede recoger, marque “sí” en esta pregunta.) | | | |
| 3. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta agarrar un juguete que se le cayó si lo puede ver? | | | |
| 4. ¿Su bebé agarra un juguete y se lo mete en la boca? | | | |
| 5. ¿Se pasa un juguete de una mano a la otra? | | | |
| 6. ¿Juega golpeando un juguete contra el suelo o contra la mesa? | | | |
| | | | |
| Socio-Individual | | | |
| 1. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza su bebé a sonreír o a hacer sonidos? | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 2. ¿Se comporta de una manera distinta con personas desconocidas que con Ud/ o con otras personas que conoce? (Reacciones a desconocidos pueden incluir mirarlos fijamente, fruncir el ceño, retraerse, o llorar.) | | | |
| 3. Al estar boca arriba, ¿intenta tocar el espejo con las manos? | | | |
| 4. Al estar delante de un espejo grande, ¿intenta tocar el espejo con las manos? | | | |
| 5. Al estar boca arriba, ¿su bebé intenta meterse el pie en la boca? | | | |
| 6. ¿Intenta agarrar un juguete que no puede alcanzar? (Puede que intente darse la vuelta, girar el tronco estando boca abajo, o gatear para agarrarlo.) | | | |