

Información sobre la Salud (2 Meses de edad)

CONSUMO

¿Qué tan seguido amamanta a su bebe? Cada _____ horas por _____ minutos/lado

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

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

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

¿Su bebe come o toma algo más que leche materna o formula? Si No

¿Su bebe toma vitamina? Si No

¿Mamá toma vitaminas? Si No

OUTPUT

¿Cuantas 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 padre Su cuarto Hermano/a

¿Cuál es el promedio de cantidad de tiempo que su bebe duerme por la noche? _____

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

¿Pone a su bebe a dormir mientras esta despierto? Si No

¿Su bebe se duerme mientras come? Si No

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

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

SEGURIDAD

¿Su bebe viaja en asiento de carro? Yes No

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

GUARDERIA/ESCUELA

¿Quien 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

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

OTRO

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 - 2 Month	Sí	Aveces	Todavía no
Comunicacion			
1. ¿Algunas veces su bebé produce balbuceos o sonidos suaves con la garganta?			
2. ¿Su bebé hace vocalizaciones o sonidos como "guuu"?			
3. Cuando Ud. le hable a su bebé, ¿responde con sonidos?			
4. ¿Su bebé sonríe cuando Ud. le habla?			
5. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada?			
6. Cuando Ud. Regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonríe o muestra emoción al verlo/la?			
Motora Gruesa			
1. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve el cuerpo, los brazos y las piernas (arquea, retuerce el cuerpo, etc.)?			
2. Cuando su bebé está acostada boca abajo, ¿gira la cabeza hacia el lado?			
3. Cuando su bebé está boca abajo, ¿mantiene su cabeza levantada por algunos segundos?			
4. Cuando su bebé está boca arriba, ¿mueve sus piernas como pateando?			
5. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve la cabeza de un lado para otro?			
6. Después de mantener la cabeza levantada al estar boca abajo, ¿su bebé la baja lentamente al suelo, en vez de dejarla caer hacia adelante?			
Motora Fina			
1. Cuando está despierta, ¿su bebé usualmente tiene las manos cerradas? (Si antes las mantenía cerradas pero ahora las abre, marque "sí".)			
2. Cuando Ud. toca con su dedo la palma de la mano de su bebé, ¿le agarra el dedo?			
3. Cuando Ud. pone un juguete en la mano de su bebé, ¿lo sostiene por algunos instantes?			
4. ¿Su bebé toca su propia cara con sus manos?			
5. Cuando está despierto, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacido)?			
6. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa?			
Resolucion De Problemas			
1. ¿Su bebé mira objetos que están a una distancia de 8 a 10 pulgadas (18-25 centímetros)?			
2. ¿Su bebé lo/la sigue con la mirada cuando Ud. se mueve alrededor de ella?			
3. Al mover lentamente un juguete pequeño de izquierda a derecha enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos o a veces gira la cabeza para seguirlo?			
4. Al mover lentamente un juguete pequeño de arriba a abajo enfrente de la cara de su bebé (a unas 10 pulgadas, o 25 centímetros, de distancia), ¿lo sigue con los ojos?			
5. Al sentar a su bebé en su regazo, ¿presta atención a un juguete (del tamaño de una taza o de una sonaja) colocado en una mesa o en el suelo enfrente de él?			
6. Cuando su bebé está acostada boca arriba y Ud. le enseña un juguete, haciéndolo oscilar, ¿alza los brazos y los mueve hacia el juguete?			
Socio-Individual			
1. ¿Algunas veces intenta succionar su bebé, incluso cuando no se está alimentando?			
2. Su bebé llora cuando está molesto, húmedo, o cansado o cuando desea que lo carguen en brazos?			
3. ¿Su bebé le sonríe?			
4. Cuando Ud. le sonríe a su bebé, ¿le responde con una sonrisa?			
5. ¿Su bebé mira sus propias manos?			
6. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer?			