

Información sobre la Salud (4 Meses de edad)

CONSUMO

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

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

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

¿Su bebe toma vitamina? Si No

¿Mamá toma vitaminas? Si 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 padre Su cuarto Hermano/a

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

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

¿Pone a su bebe a dormir mientras está 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? _____

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

SEGURIDAD

¿Su bebe viaja en asiento de carro? Yes 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

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 - 4 Month	Sí	Aveces	Todavía No
Comunicacion			
1. ¿Su bebé se ríe haciendo sonidos, como produciendo una suave carcajada?			
2. Cuando Ud. regresa después de haberse ausentado brevemente, ¿su bebé sonrío o muestra emoción al verlo/la?			
3. ¿Deja de llorar su bebé cuando escucha la voz de una persona que no sea Ud.?			
4. ¿Hace chillidos agudos su bebé?			
5. ¿Se ríe su bebé?			
6. ¿Hace sonidos su bebé al ver juguetes o al mirar a personas?			
Motora Gruesa			
1. Cuando su bebé está acostado boca arriba, ¿mueve la cabeza de un lado para otro?			
2. Después de mantener la cabeza levantada al estar boca abajo, ¿su bebé la baja lentamente al suelo, en vez de dejarla caer hacia adelante?			
3. Cuando su bebé está acostda boca abajo, ¿mantiene la cabeza levantada con la barbilla a una distancia de aproximadamente 3 pulgads (8 centímetros) del suelo por al menos 15 segundos?.			
4. Al estar boca abajo, ¿su bebé levanta la cabeza y mira a su alrededor? (Puede apoyarse con los brazos al hacerlo.)			
5. Al sentar a su bebé sujetándolo con las manos, ¿puede sostener la cabeza?			
6. Cuando su bebé está boca arriba ¿junta las manos sobre su pecho, tocándose los dedos?			
Motora Fina			
1. Cuando está despierta, ¿su bebé mantiene las manos abiertas, al menos parcialmente (en vez de tenerlas cerradas en puño, como cuando era recién nacida)?			
2. Cuando Ud. le pone un juguete en la mano, ¿su bebé lo mueve de un lado para otro, al menos por unos momentos?			
3. ¿Su bebé intenta agarrar o jalar su propia ropa?			
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé lo agarra por al menos un minuto, mientras lo mira, lo mueve de un lado para otro, o intenta morderlo?			
5. ¿Su bebé intenta agarrar o arañar con las uñas una superficie que tenga enfrente, ya sea al estar sentado o cuando está boca arriba?			
6. Cuando Ud. tiene a su bebé sentada en su regazo, ¿intenta agarrar un juguete que está en una mesa cercana, aunque no pueda alcanzarlo?			
Reslucion De Problemas			
1. 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?			
2. 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?			
3. 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?			
4. Al ponerle un juguete en la mano, ¿ su bebé lo mira?			
5. Al ponerle un juguete en la mano, ¿su bebé se lo mete en la boca?			
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. ¿Su bebé mira sus propias manos?			
2. Cuando tiene las manos juntas, ¿su bebé juega con los dedos?			
3. Cuando su bebé ve el pecho o el biberón, ¿parece saber que le van a dar de comer?			
4. Cuando Ud. le da de comer, ¿usa su bebé las dos manos para ayudarle a sostener el biberón?, o cuando lo/la amamanta, ¿le toca el seno con la mano que le queda libre?			
5. Antes de que Ud. le sonría o le hable, ¿empieza su bebé a sonreírle al ver que Ud. está cerca?			
6. Cuando está delante de un espejo grande, ¿empieza su bebé a sonreír o a hacer sonidos?			