



## Cuestionario previo a la visita de 2 meses

¿Sobre qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene usted algunas preocupaciones, preguntas o problemas que quiere discutir hoy? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preguntas acerca de su bebé.

Visión ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su bebé ve?  Sí  No  No estoy seguro(a)

¿Algún pariente de su bebé ha desarrollado nuevos problemas médicos desde su última visita?

Sí  No  No estoy seguro(a) En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aparte del nacimiento de su bebé, ¿han habido otros cambios importantes en su familia últimamente?  No  Sí

Mudanza  Separación  Divorcio  Muerte en la familia  Cambio de empleo  Otro \_\_\_\_\_

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan frecuentemente le han molestado alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas  Nunca  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

2. Sentirse decaída, deprimida, o desesperada  Nunca  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

\* Vive su bebé con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde las personas fuman?  Sí  No

¿Tiene su bebé alguna necesidad especial de cuidado de salud?  Sí  No En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Cuales medicamentos usa su bebé y la dosis: incluya hierbas medicinales, vitaminas o suplementos. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* ¿Cuál es la mejor manera de contactarle a usted? (por favor marque): tel. de casa / tel. celular / tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

\* ¿Quiere compartir con nosotros su correo electrónico? \_\_\_\_\_