



## Cuestionario previo a la visita de 4 meses

¿Sobre qué le gustaría hablar hoy?

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

Preguntas acerca de su bebé.

Audición ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su bebé oye?  Sí  No  No estoy segura/o

Visión ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su bebé ve?  Sí  No  No estoy segura/o

Anemia ¿Está tomando su bebé algo aparte de leche materna o fórmula fortificada con hierro?  Sí  No  No estoy segura/o

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

Sí  No  No estoy segura(o) 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? \_\_\_\_\_