



# Cuestionario previo a la visita de 6 meses

¿Sobre qué le gustaría hablar hoy?	
¿Tiene usted algunas preocupaciones, preguntas o problemas que quiere discutir hoy? _____ _____	
Preguntas acerca de su bebé.	
¿Algún pariente de su bebé ha desarrollado nuevos problemas médicos desde su última visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o    En caso afirmativo, por favor explique: _____	
Audición	¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su bebé oye? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Visión	¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su bebé ve? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Tiene su niño(a) un hermano(a) o amiguito que ha tenido envenenamiento por plomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Plomo	¿Reside su niño(a) o visita regularmente una casa o facilidad de cuidado infantil construida antes de 1978 o que se ha renovado o remodelado recientemente (dentro de los últimos 6 meses)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Reside su niño(a) o visita regularmente una casa o facilidad de cuidado infantil construida antes de 1950? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Tuberculosis	¿Nació su niño(a) en un país con alto riesgo de tuberculosis (países que no sean Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, o Europa Occidental)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Ha viajado su niño(a) (tuvo contacto con poblaciones residentes) por más de una semana a un país con alto riesgo de tuberculosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Ha tenido un miembro de la familia o persona de contacto tuberculosis o prueba de tuberculina positiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Está infectado(a) su niño(a) con VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
Salud Oral	¿Son las caries un problema para usted o algún otro miembro de su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Duerme su niño(a) con un biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o
	¿Amamanta a su bebé continuamente durante la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy segura/o

Continúa al dorso

¿Han habido 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? \_\_\_\_\_