



## Examen de Niño Sano: Visita de 4 meses

Nombre de su hijo(a): \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento, aprendizaje o el desarrollo de su hijo(a)? Por favor describa:

---



---

¿Toma su bebé algún medicamento(s), suplemento(s) o vitamina(s)?  
Por favor indique.  No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Su bebé tiene alergias a la comida o medicamentos? Por favor indique.

No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Le preocupa la audición/visión de su bebé?

No

Sí: \_\_\_\_\_

¿Su bebé ve a algún especialista fuera de ORP?

No

Sí: \_\_\_\_\_

### Nutrición:

¿Su bebé toma leche materna, formula fortificada con hierro o ambos?

Leche Materna  Fórmula  Ambos

Si le está dando biberones a su bebé, ¿Cuántas onzas toma su hijo en 24 horas? \_\_\_\_\_

### Desarrollo: ¿Tu bebé...

Sonríe para llamar tu atención?	Sí	No
Se ríe cuando intentas hacerlo reír?	Sí	No
Te mira, se mueve o hace sonidos para llamar o mantener su atención?	Sí	No
Hace sonidos como "Ooooh? ¿Aaaaah?"	Sí	No
Te devuelve los sonidos que le hablas?	Sí	No
Gira la cabeza al sonido de tu voz?	Sí	No
Mira sus manos con interés?	Sí	No

Mantiene la cabeza sin apoyo cuando usted lo está sosteniendo?	Sí	No
Sostiene un juguete cuando se lo pones en la mano?	Sí	No
Extiende su brazo para tocar juguetes?	Sí	No
Se lleva las manos a la boca?	Sí	No
Empuja hacia arriba sobre el codo/antebrazos cuando está boca abajo?	Sí	No

Vida Social:

¿Quién vive en casa con su hijo? \_\_\_\_\_

Son los padres:          soltero          casado          divorciado          separado          viudo

¿Quién cuida de su hijo durante el día? \_\_\_\_\_

¿Han habido cambios importantes en la vida de su bebé o de su familia?  No     Sí: \_\_\_\_\_

¿Siempre acuestas a tu bebé a dormir boca arriba?	Sí	No
¿El bebé siempre duerme en una cuna o moisés?	Sí	No
¿Estás satisfecho con el sueño de tu bebé?	Sí	No
¿Tiene detectores de humo que funcionen en su hogar?	Sí	No
¿Alguien fuma o vapea en su casa?	No	Sí
¿Tiene una rutina diaria para la alimentación, las siestas y la hora de acostarse?	Sí	No
¿Hay un televisor, una computadora, una tableta, o un teléfono prendido cuando su bebé está en el cuarto?	No	Sí
¿Tu bebé juega en una tableta, un teléfono o ve la televisión?	No	Sí
¿Pones a tu bebé en el estómago por períodos cortos de tiempo cuando está despierto?	Sí	No
¿Tienes formas de calmar a tu bebé cuando está llorando?	Sí	No
¿Usted y su bebé disfrutan de actividades tranquilas como leer, cantar o salir a caminar?	Sí	No

¿Has vuelto a trabajar?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿está satisfecho con el cuidador de su hijo?	Sí	No
¿Su bebé está sujetado de forma segura en una silla de niños en el carro? ¿Está orientada mirando hacia atrás en el asiento trasero?	Sí	No
¿Está su calentador de agua configurado para que la temperatura sea igual o inferior a 120° F?	Sí	No
¿Siempre te mantienes al alcance de tu bebé cuando está en el cambiador, en la cama o cerca del agua?	Sí	No
¿Es la vivienda permanente una preocupación para usted?	No	Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su bebé, como una cuna, una silla para niños en el carro y pañales?	Sí	No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente y electricidad?	Sí	No
¿Tiene seguro médico para usted y su bebé?	Sí	No
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó si su comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?	No	Sí
¿Su pareja o alguien importante en su vida alguna vez le ha golpeado, pateado o empujado, o la ha lastimado físicamente a usted o al bebé?	No	Sí

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer:

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

3. \* Me he culpado sin necesidad cuando las cosas andaban mal:

- Si, casi siempre
- Si, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- No, nada
- Casi nada
- Si, a veces
- Si, a menudo

5. \*He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. \*Las cosas me oprimen o agobian:

- Sí, casi siempre
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. \*Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

- Sí, casi siempre
- Sí, a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

8. \*Me he sentido triste y desgraciada:

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. \*He estado tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo ocasionalmente
- No, nunca

10. \*He pensado en hacerme daño a mí misma:

- Sí, bastante a menudo
- Sí, a menudo
- Casi nunca
- No, nunca

