



Health Questionnaire

Birth to 6 Months Old

Imprint Area

This information is CONFIDENTIAL—it will not be shared with anyone. It helps your pediatrician choose the best topics to discuss with you at this visit. Thanks!

Date:

SAFETY

Do you place your child in a car seat facing backwards, in the back seat, for every ride? Yes No

Do you always place your baby on his/her back to sleep? Yes No

Do you use a hat or umbrella to protect your baby from the sun if you are outside for more than 10 minutes? Yes No

Do you use a crib with slats less than 2 3/8" apart and no posts on the corners? Yes No

Has your child ever witnessed or been a victim of violence? No Yes

PREVENTING BURNS

Do you have smoke or fire detectors in the house? Yes No

Do you check them regularly? Yes No

Do you have a plan for escape from the house in the event of an earthquake or fire? Yes No

Have you turned your water heater temperature down to low or warm (<120°F)?..... Yes No

Do you ever drink hot liquids while holding your baby? No Yes

PREVENTING FALLS

Do you ever leave your baby alone in the house or car?..... No Yes

Do you ever leave your baby alone on a changing table or a bed? No Yes

FEEDING

Do you feed your baby breast milk? Yes No

Do you feed your baby formula with iron? Yes No

SMOKING

Does your child spend time in a home with anyone who smokes? No Yes

IMMUNIZATIONS

Does any household member or caregiver have immune deficiency (like HIV/AIDS) or is on chemotherapy? No Yes

OTHER MEDICAL CARE

Does your child receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)? No Yes

Is there anything else you would like to discuss today?.....

Parent Signature:.....



Cuestionario
sobre la salud

**Desde el nacimiento
hasta los 6 meses**

Imprint Atea

Fecha:

Esta información es CONFIDENCIAL — no se compartirá con nadie. Le ayuda a su pediatra escoger los mejores temas para discutir con usted en esta visita. ¡Gracias!

LA SEGURIDAD

- ¿Siempre coloca a su bebé en un asiento de seguridad mirando hacia atrás en el asiento trasero cada vez que viaja en automóvil? Sí No
- ¿Siempre coloca a su bebé boca arriba para dormir?..... Sí No
- ¿Usa un gorro o un paraguas para proteger a su bebé del sol si está afuera por más de 10 minutos? Sí No
- ¿Usa una cuna con las tablillas separadas menos de 2³/₈ pulgadas y sin postes en las esquinas?..... Sí No
- ¿Su bebé ha sido víctima de actos de abuso o violencia o los ha presenciado? No Sí

CÓMO EVITAR LAS QUEMADURAS

- ¿Tiene detectores de humo o incendio en la casa?..... Sí No
- ¿Los revisa periódicamente? Sí No
- ¿Tiene un plan para escapar de la casa en caso de un terremoto o un incendio?..... Sí No
- ¿Ha bajado la temperatura de su calentador de agua a “low” (baja) o “warm” (templada) (menos de 120°F o 49°C)?..... Sí No
- ¿Bebe líquidos calientes mientras sostiene a su bebé? No Sí

CÓMO EVITAR LAS CAÍDAS

- ¿Deja a su bebé solo en la casa o el automóvil? No Sí
- ¿Deja a su bebé solo encima de una mesa de cambiar o una cama?..... No Sí

LA ALIMENTACIÓN

- ¿Alimenta a su bebé con leche materna? Sí No
- ¿Alimenta a su bebé con fórmula con hierro para bebés? Sí No

EL FUMAR

- ¿Pasa tiempo su bebé en una casa donde alguien fuma? No Sí

VACUNAS

- ¿Alguien que vive en su casa o que cuida a su bebé tiene una deficiencia inmunológica (tal como VIH/SIDA) o está recibiendo quimioterapia?..... No Sí

OTRO CUIDADO MÉDICO

- ¿Su bebé recibe cuidado médico de alguien además de un médico (como un acupunturista, herbolario, curandero u otro tipo de sanador)? No Sí
- ¿Hay algo más que le gustaría tartar hoy? _____

Firma del padre o la madre: _____