

Birth to 1 Week WELL CHECK HEALTH QUESTIONNAIRE



This information is confidential.

Your answers help your physician or nurse practitioner choose the best topics to discuss with you at this visit. Skip any questions that you don't understand or that do not apply.

PHONE: _____

How are you feeling? Do you have any questions or concerns?

1. Do you feed your baby breast milk? No Yes
 If yes, are you taking any medications (prescription or over-the-counter), herbs, or supplements? Yes No
 If you are breastfeeding, are you giving vitamin D supplements? No Yes
2. Do you feed your baby formula? No Yes
3. Do you feed your baby anything besides breast milk or formula? Yes No
4. Do you feed your baby 8 to 12 times every 24 hours? No Yes
5. Is your baby having at least six wet diapers per day? No Yes
6. Is your baby having at least four yellow-colored poopy diapers each day? No Yes
7. Do you always place your baby on his or her back to sleep? No Yes
8. Do you place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat, for every ride? No Yes
9. Do you ever leave your baby alone in the house or car? Yes No
10. Do you use a crib with slats (bars) less than 2 3/8 inches apart? (If not, a baby's head can get caught between the slats.) No Yes
11. Have you turned your water heater temperature down to low/warm (less than 120°F)? No Yes
12. Does your baby live with both parents? No Yes
13. Does your baby spend time in a home where anyone smokes? Yes No
14. Have you smoked in the last year? Yes No
15. Do you wash your hands before picking up or feeding your baby? No Yes
16. Do you use a hat or umbrella to protect your baby from the sun if you are outside for more than 10 minutes? No Yes
17. If your baby was circumcised, are there any problems? Yes No
18. Does your baby startle with loud noises? No Yes
19. Does your baby look at faces? No Yes
20. Does your baby follow movement with his or her eyes? No Yes
21. Do you shake your baby when angry or frustrated? Yes No
22. Do you know that a rectal temperature over 100.4° F, vomiting, or poor feeding can mean that your baby is very sick? No Yes
23. **Have you signed up to receive our *Healthy Babies* online newsletter?** No Yes
24. Do you have questions about the immunizations we recommend for all babies? Yes No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed.
- Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: _____ Date: _____

Sign: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL BEBÉ SALUDABLE DESDE EL NACIMIENTO HASTA UNA SEMANA DE NACIDO

Esta información es confidencial.

Sus respuestas ayudarán a que su médico o enfermera especializada seleccione los mejores temas para comentar con usted en esta visita. Ignore las preguntas que no entienda o que no le correspondan.

PHONE: _____

¿Cómo se siente? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Alimenta a su bebé con leche materna? No Sí
 Si respondió "sí" ¿está tomando algún medicamento (de venta con o sin receta), hierbas o suplementos? Sí No
 Si le da el pecho a su bebé, ¿Le está dando gotas de vitaminas infantiles que contienen vitamina D? No Sí
2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula? No Sí
3. ¿Alimenta a su bebé con algo más además que leche materna o fórmula? Sí No
4. ¿Alimenta a su bebé de 8 a 12 veces cada 24 horas? No Sí
5. ¿Tiene su bebé por lo menos 6 pañales mojados cada día? No Sí
6. ¿Tiene su bebé por lo menos cuatro evacuaciones al día con heces de color amarillento? No Sí
7. ¿Coloca usted siempre a su bebé en la espalda para dormir? No Sí
8. ¿Coloca siempre a su bebé en una silla de auto mirando hacia atrás en el asiento trasero cada vez que viaja en auto? No Sí
9. ¿Deja usted alguna vez a su bebé solo en la casa o en el auto? Sí No
10. ¿Están las barandas (barras) de la cuna separadas a menos de 2³/₈ pulgadas una de la otra? (De no ser así, la cabeza del bebé puede quedar atorada en las barandas.) No Sí
11. ¿Ha bajado la temperatura del calentador de agua a la posición de bajo/tibio (menos de 120° F)? No Sí
12. ¿Vive su bebé con ambos padres? No Sí
13. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? Sí No
14. ¿Ha fumado usted durante el último año? Sí No
15. ¿Se lava usted las manos antes de alzar o de alimentar a su bebé? No Sí
16. ¿Usa un sombrero o una sombrilla para proteger a su bebé del sol si está afuera por más de 10 minutos? No Sí
17. Si el bebé fue circuncidado, ¿hay algún problema? Sí No
18. ¿Se sobresalta su bebé con ruidos fuertes? No Sí
19. ¿Mira su bebé las caras? No Sí
20. ¿Sigue su bebé el movimiento con los ojos? No Sí
21. ¿Sacude usted a su bebé si está enojada o frustrada? Sí No
22. ¿Sabe usted que una temperatura rectal de más de 100.4°F, el vómito o la falta de apetito puede significar que su bebé está muy enfermo? No Sí
23. **¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico *Healthy Babies*?** No Sí
24. ¿Tiene alguna pregunta sobre las vacunas que recomendamos para todos los bebés? Sí No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Firma del padre o la madre/Parent signature: _____ Fecha/Date: _____

Sign: _____