

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?

Have you signed up to receive our Healthy Babies Online newsletter? No Yes

CLINIC COUNSELING

1. Do you feed your baby breast milk? No Yes
2. Do you feed your baby infant formula with iron? No Yes
3. Do you feed your baby anything besides breast milk or formula? Yes No
4. Do you feed your baby 8-12 feedings 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 BM's per day that are yellow-colored? 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 less than 2 3/8" apart?
In other words, could the baby's head get caught between the slats? No Yes
11. Are the corner posts no higher than the rails?
In other words, could the baby's clothes get caught on a post? No Yes
12. Have you turned your water heater temperature down to low or warm (below 120°F)? No Yes
13. Does your baby live with both parents? No Yes
14. Does your baby spend time in a home where anyone smokes? Yes No
15. Have you smoked in the last year? Yes No
16. Do you wash your hands before picking up or feeding your baby? No Yes
17. 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
18. If your baby was circumcised, are there any problems? Yes No
19. Does your baby startle with loud noises? No Yes
20. Does your baby look at faces? No Yes
21. Does your baby follow movement with eyes? No Yes
22. Do you shake your baby when angry or frustrated? Yes No
23. 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

- 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? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula infantil con hierro? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. ¿Alimenta a su bebé con algo más además de leche materna o fórmula? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Le da usted de comer a su bebé de 8 a 12 veces cada 24 horas? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ¿Tiene su bebé por lo menos 6 pañales mojados cada día? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 6. ¿Tiene su bebé por lo menos 4 deposiciones diarias de color amarillo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ¿Coloca usted siempre a su bebé en la espalda para dormir? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 9. ¿Deja usted alguna vez a su bebé solo en la casa o en el auto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Usa una cuna con tablillas que estén separadas a una distancia menor de 2 pulgadas y 3/8 de pulgada (6 centímetros)? (es decir, ¿podría la cabeza del bebé trancarse entre las tablillas?) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 11. ¿Son los postes de las esquinas iguales o más bajos que las barandas? (es decir, ¿podría la ropa del bebé enredarse en el poste?) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 12. ¿Ha bajado la temperatura del calentador de agua a bajo o tibio (por debajo de 120°F)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 13. ¿Vive su bebé con ambos padres? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 14. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Ha usted fumado durante el último año? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Se lava usted las manos antes de alzar o de alimentar a su bebé? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 17. ¿Usa un sombrero o una sombrilla para proteger a su bebé del sol si está afuera por más de 10 minutos? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 18. Si el bebé fue circuncidado, ¿hay algún problema? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 19. ¿Se sobresalta su bebé con ruidos fuertes? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 20. ¿Mira su bebé las caras? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 21. ¿Sigue su bebé los movimientos con los ojos? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 22. ¿Sacude usted a su bebé si está enojada o frustrada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 23. ¿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? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

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