

# 2 TO 4 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?

		<b>CLINIC COUNSELING</b>
<b>Have you signed up to receive our Healthy Babies Online newsletter?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
1. Do you feed your baby breast milk? If yes, are you taking any medications (prescription or over-the-counter), herbs, or supplements?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2. Do you feed your baby infant formula with iron?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
3. Do you feed your baby anything besides breast milk or formula?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4. Do you always place your baby on his or her back to sleep?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
5. Do you place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
6a. Have you turned your water heater temperature down to low/warm (less than 120°F)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
6b. Do you live in an apartment?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
7. Do you ever leave your baby alone on the bed or changing table?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
8. Have you checked your crib to make sure it is safe (crib slats should be less than 2 3/8" apart, with no corner posts)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
9. Does your baby spend time in a home where anyone smokes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
10. Have you smoked in the last year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
11. Did you use any drugs or alcohol during your pregnancy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
12. Since your baby was born, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, changes, or stresses for your family or baby? If yes, please list:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
13. Does your baby live with both parents? Who else lives in your home?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
14. Are you planning to work outside the home? If yes, what are your plans for child care?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
15. Do you often feel sad, depressed, or blue?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
16. Do you wash your hands before picking up or feeding your baby?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
17. When your baby boy urinates (pees), can he shoot it at least a foot?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
18. Can your baby lift his or her head slightly when lying on the tummy?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
19. Does your baby look at faces?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
20. Does your baby follow movement with his or her eyes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
21. Does your baby startle with loud noises?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
22. Do you know that a rectal temperature over 100.4°F, vomiting, or poor feeding can mean that your baby is very sick?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
23. Does your baby cry for more than three hours a day?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
24. Do you shake your baby when angry or frustrated?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
25. Has your baby ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Sign: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL BEBÉ SALUDABLE DE 2 A 4 SEMANAS

**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?<br>En caso afirmativo, ¿está usted tomando cualquier tipo de medicamento (recetado o de venta libre), hierbas or suplementos?   | <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 que leche materna o fórmula?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Coloca usted siempre a su bebé en la espalda para dormir?   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ¿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 |
| 6a. ¿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 |
| 6b. ¿Vive en un apartamento?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ¿Deja usted alguna vez a su bebé solo en la cama o en la mesa para cambiarlo?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Ha revisado la cuna para asegurarse de que sea segura? (es decir, las tablillas deben estar separadas a una distancia menor de 2 pulgadas y 3/8 de pulgada (6 centímetros) y sin postes que sobresalgan en las esquinas?) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 9. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Ha usted fumado durante el último año?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Usó usted alguna droga o alcohol durante el embarazo?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. Desde que nació su bebé, ¿ha habido alguna enfermedad, hospitalización, cambios o razones de estrés IMPORTANTES para su familia o para su bebé?<br>En caso afirmativo, enumere:   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. ¿Vive su bebé con ambos padres?<br>¿Quién más vive en su casa?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 14. ¿Planea usted trabajar por fuera del hogar?<br>En caso afirmativo, ¿cuáles son sus planes para el cuidado del bebé?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Se siente a menudo triste, deprimida o acongojada?   | <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. ¿Cuándo su bebé varón orina, ¿puede mandar la orina a por lo menos un pie?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 18. ¿Puede su bebé levantar un poco la cabeza cuando está acostado en el estómago?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 19. ¿Mira su bebé las caras?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 20. ¿Sigue su bebé los movimientos con los ojos?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 21. ¿Se sobresalta su bebé con ruidos fuertes?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 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?  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 23. ¿Llora su bebé por más de 3 horas diarias?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 24. ¿Sacude usted a su bebé si está enojada o frustrada?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 25. ¿Ha tenido su bebé alguna vez una reacción a una vacuna? (como por ejemplo fiebre alta)   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**CLINIC COUNSELING**

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: \_\_\_\_\_

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