

2 MONTH WELL CHECK HEALTH QUESTIONNAIRE



IMPRINT AREA

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: _____

What things about being a parent are difficult for you? Do you have any questions or concerns?

1. Do you feed your baby breast milk? No Yes
If you are breast feeding, 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 always place your baby on his or her back to sleep? No Yes
5. Do you place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat for every ride? No Yes
6. If you carry your baby in an infant seat or carrier, do you always put the seat on the ground and fasten the belt (so your baby won't fall out)? No Yes
7. Have you turned your water heater temperature down to low/warm (less than 120°F)? No Yes
8. Do you have smoke detectors in your home, and do you check them regularly? No Yes
9. Have you checked your baby's toys to make sure they can't cause an injury? No Yes
10. Do you ever drink hot liquids while holding your baby? Yes No
11. Do you ever leave your baby alone at home or in a car? Yes No
12. Does your baby spend time in a home where anyone smokes? Yes No
13. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, changes, or stresses for your family or baby? Yes No
If yes, please list: _____
14. Please list any medications your baby is taking: _____
15. Over the past 2 weeks, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things? Yes No
16. Over the past 2 weeks, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? Yes No
17. Do you put your baby to sleep when he or she is drowsy but still awake? No Yes
18. Can your baby lift his or her head when lying on the tummy? No Yes
19. Does your baby follow your face with his or her eyes? No Yes
20. Does your baby coo? No Yes
21. Does your baby smile at you? No Yes
22. Do you cuddle and talk to your baby every day? No Yes
23. Do you shake your baby when angry or frustrated? Yes No
24. Is your baby in day care?
Who else takes care of your baby? _____
25. **Have you signed up to receive our *Healthy Babies* online newsletter?** No Yes
26. Have you read the vaccine information sheets? No Yes

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: _____ Date: _____

Sign: _____

Cuestionario de la salud para el examen del niño saludable de 2 meses

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:

¿Qué se le dificulta más en su papel de padre/madre? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

- | | |
|--|--|
| 1. ¿Alimenta a su bebé con leche materna?
Si amamanta a su bebé, ¿le da suplementos de vitamina D? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula? | <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 |
| 6. Si carga a su bebé en una silla de auto para infante o en un portabebés, ¿lo pone siempre en el suelo y le coloca el cinturón de seguridad (para que el bebé no se caiga)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ¿Ha bajado la temperatura del calentador de agua a la posición bajo o tibio (menos de 120°F)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 8. ¿Tiene detectores de humo en casa y los revisa regularmente? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 9. ¿Ha revisado los juguetes de su bebé para asegurarse de que no le puedan causar daño? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 10. ¿Toma alguna vez líquidos calientes mientras carga al bebé? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Deja usted alguna vez a su bebé solo en la casa o en el auto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. Desde su último examen de niño saludable, ¿ha habido alguna enfermedad, hospitalización, cirugía, cambios o razones de estrés IMPORTANTES para su familia o para su niño? En caso afirmativo, enumere: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo: | |
| 15. En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido molesto porque hacer cosas no le interesa o le causa poco placer? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido sentimientos frecuentes de tristeza, depresión o falta de esperanza? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 17. ¿Acuesta a su bebé a dormir cuando está adormecido pero aún despierto? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 18. ¿Puede su bebé levantar la cabeza cuando está acostado boca abajo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 19. ¿Sigue su bebé el movimiento de su cara con los ojos? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 20. ¿Emite sonidos su bebé? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 21. ¿Su bebé le sonrío? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 22. ¿Abraza y habla con su bebé todos los días? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 23. ¿Sacude a su bebé cuando usted está enojada o frustrada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 24. ¿Va su bebé a una guardería infantil?
¿Qué otras personas cuidan de su bebé? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 25. ¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico <i>Healthy Babies</i>? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 26. ¿Leyó las hojas de información sobre las vacunas? | <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: _____