

2 MONTH 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: _____

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

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

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 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? 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 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. Do you often feel sad, depressed, or blue? Yes No

16. Do you put your baby to sleep when he or she is drowsy but still awake? No Yes

17. Can your baby lift his or her head when lying on the tummy? No Yes

18. Does your baby follow your face with his or her eyes? No Yes

19. Does your baby coo? No Yes

20. Does your baby smile at you? No Yes

21. Do you cuddle and talk to your baby every day? No Yes

22. Do you shake your baby when angry or frustrated? Yes No

23. Is your baby in day care? Yes No
Who else takes care of your baby? _____

24. Did you read the vaccine information sheets? No Yes

25. Has your baby ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)? Yes No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

Parent signature: _____ Date: _____

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? No Sí
2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula infantil con hierro? No Sí
3. ¿Alimenta a su bebé con algo más además que leche materna o fórmula? Sí No
4. ¿Coloca usted siempre a su bebé en la espalda para dormir? No 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? No 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)? No Sí
7. ¿Ha bajado la temperatura del calentador de agua a bajo o tibio (por debajo de 120°F)? No Sí
8. ¿Tiene detectores de humo en casa y los revisa regularmente? No Sí
9. ¿Ha revisado los juguetes de su bebé para asegurarse de que no le puedan causar daño? No Sí
10. ¿Toma alguna vez líquidos calientes mientras carga al bebé? Sí No
11. ¿Deja usted alguna vez a su bebé solo en la casa o en el auto? Sí No
12. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? Sí 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: Sí No
14. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su bebé: _____
15. ¿Se siente a menudo triste, deprimida o acongojada? Sí No
16. ¿Acuesta a dormir a su bebé cuando está soñoliento pero todavía despierto? No Sí
17. ¿Puede su bebé levantar la cabeza cuando está acostado en el estómago? No Sí
18. ¿Sigue su bebé el movimiento de su cara con los ojos? No Sí
19. ¿Arrulla su bebé? No Sí
20. ¿Le sonrío su bebé? No Sí
21. ¿Abraza y le habla a su bebé todos los días? No Sí
22. ¿Sacude usted a su bebé si está enojada o frustrada? Sí No
23. ¿Está su bebé en una guardería?
¿Quién más cuida de su bebé? Sí No
24. ¿Leyó las hojas de información sobre las vacunas? No Sí
25. ¿Ha tenido su bebé alguna vez una reacción a una vacuna (como por ejemplo fiebre alta) Sí No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

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