

# 4 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 do you enjoy about your baby? 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. Does your baby eat infant cereal, baby, or strained foods?  No  Yes
4. Do you always place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat?  No  Yes
5. Do you always place your baby on his or her back to sleep?  No  Yes
6. Do you ever drink hot liquids when holding your baby?  Yes  No
7. Do you know what to do if your baby is choking?  No  Yes
8. Do you ever leave your baby alone on a changing table or bed?  Yes  No
9. Do you have a plan for escape from the house in the event of an earthquake or fire?  No  Yes
10. Does your baby spend time in a home where anyone smokes?  Yes  No
11. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, surgeries, changes, or stresses for your family or baby? If yes, please list:  Yes  No
12. Please list any medications your baby is taking: \_\_\_\_\_
13. Does your baby have any allergies to medications? If yes, please list:  Yes  No
14. Do you often feel sad, depressed, or blue?  Yes  No
15. Do you put your baby to sleep when he or she is drowsy but still awake?  No  Yes
16. Do you use a hat or umbrella to protect your baby from the sun if he or she is outside for more than 10 minutes?  No  Yes
17. Does your baby laugh out loud and squeal?  No  Yes
18. Does your baby push up with arms when on his or her stomach?  No  Yes
19. Does your baby look at you when you talk to him or her?  No  Yes
20. Does your baby reach and grab for objects?  No  Yes
21. Do you have concerns about your baby's development or behavior?  Yes  No
22. Does your baby sleep through the night?  No  Yes
23. Do you cuddle and talk to your baby every day?  No  Yes
24. Is your baby in day care?  
Who else takes care of your baby? \_\_\_\_\_  Yes  No
25. Has your baby ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)?  Yes  No

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

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

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

# CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 4 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 disfruta más de su bebé? ¿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. ¿Come su bebé cereal infantil, comidas para bebé o comidas coladas?  No  Sí
4. ¿Coloca siempre a su bebé en una silla de auto mirando hacia atrás en el asiento trasero?  No  Sí
5. ¿Coloca usted siempre a su bebé en la espalda para dormir?  No  Sí
6. ¿Toma alguna vez líquidos calientes mientras carga al bebé?  Sí  No
7. ¿Sabe usted qué hacer si su bebé se está atragantando?  No  Sí
8. ¿Deja alguna vez a su bebé solo en la mesa de cambiarlo o en la cama?  Sí  No
9. ¿Tiene un plan de escape en casa en caso de terremoto o de incendio?  No  Sí
10. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma?  Sí  No
11. 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
12. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su bebé: \_\_\_\_\_
13. ¿Tiene su bebé alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere:  Sí  No
14. ¿Se siente a menudo triste, deprimida o acojonada?  Sí  No
15. ¿Acuesta a dormir a su bebé cuando está soñoliento pero todavía despierto?  No  Sí
16. ¿Usa un gorro o una sombrilla para proteger a su bebé del sol si está afuera por más de 10 minutos?  No  Sí
17. ¿Se ríe su bebé en voz alta y chilla?  No  Sí
18. ¿Se levanta su bebé con los brazos cuando está en el estómago?  No  Sí
19. ¿La mira su bebé cuando usted le habla?  No  Sí
20. ¿Estira su bebé la mano y agarra objetos?  No  Sí
21. ¿Tiene alguna preocupación acerca del desarrollo de su bebé o de su comportamiento?  Sí  No
22. ¿Duerme su bebé toda la noche?  No  Sí
23. ¿Abraza y le habla a su bebé todos los días?  No  Sí
24. ¿Asiste su bebé a una guardería?  
¿Quién más cuida a su bebé?  Sí  No
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: \_\_\_\_\_