

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?

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. Have you offered your baby infant cereal or other baby foods? No Yes
4. Do you always place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat for every ride? 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 fire or earthquake escape plan? 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. Over the past 2 weeks, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things? Yes No
15. Over the past 2 weeks, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? Yes No
16. Do you put your baby to sleep when he or she is drowsy but still awake? No Yes
17. 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
18. Does your baby laugh out loud and squeal? No Yes
19. Does your baby push up with arms when on his or her stomach? No Yes
20. Does your baby look at you when you talk to him or her? No Yes
21. Does your baby reach and grab for objects? No Yes
22. Do you have concerns about your baby's development or behavior? Yes No
23. Does your baby sleep through the night? No Yes
24. Do you cuddle and talk to your baby every day? No Yes
25. Is your baby in day care? Yes No
Who else takes care of your baby? _____
26. **Have you signed up to receive our *Healthy Babies* online newsletter?** No Yes
27. 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

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?
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. ¿Le ha ofrecido a su bebé cereales u otros alimentos para bebés? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. ¿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 |
| 5. ¿Coloca usted siempre a su bebé en la espalda para dormir? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 6. ¿Toma alguna vez líquidos calientes mientras carga al bebé? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Sabe usted qué hacer si su bebé se está atragantando? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 8. ¿Deja alguna vez a su bebé solo en la mesa de cambiarlo o en la cama? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Tiene un plan de escape en caso de incendio o terremoto? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 10. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo: | |
| 13. ¿Tiene su bebé alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. 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 |
| 15. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido sentimientos frecuentes de tristeza, depresión o falta de esperanza? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Acuesta a su bebé a dormir cuando está adormecido pero aún despierto? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 17. ¿Usa un sombrero o una sombrilla para proteger a su bebé del sol cuando está afuera durante más de 10 minutos? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 18. ¿Su bebé se ríe y grita? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 19. ¿Intenta su bebé levantarse empujando con los brazos cuando está acostado boca abajo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 20. ¿Su bebé lo mira cuando le habla? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 21. ¿Intenta su bebé tomar objetos? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 22. ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o el comportamiento de su bebé? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 23. ¿Duerme su bebé durante toda la noche? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 24. ¿Abraza y habla con su bebé todos los días? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 25. ¿Va su bebé a una guardería infantil?
¿Qué otras personas cuidan de su bebé? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 26. ¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico <i>Healthy Babies</i> ? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| 27. ¿Ha tenido su bebé una reacción a una vacuna (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: _____