

6 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: _____

How does your baby spend his or her day? Do you have any questions or concerns?

1. Do you feed your baby breast milk? If you are breast feeding, are you giving Vitamin D supplements?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2. Do you feed your baby formula?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
3. Does your baby eat infant cereal, baby, or strained foods two to three meals a day?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
4. Do you offer new foods every five to seven days?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
5. What city do you live in?		
6. Do you keep all medications, house cleaning products, and poisons in a locked cabinet out of sight?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
7. Do you have the Poison Control Center phone number near your telephone and saved in your cell phone?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
8. Does your baby spend time in a home where anyone smokes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
9. 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:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
10. Please list any medications your baby is taking:		
11. Does your baby have any allergies to medications? If yes, please list:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
12. Do your baby's eyes sometimes appear to cross?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
13. Do you ever put your baby to bed with a bottle?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
14. Do you put sunscreen on your baby when he or she is in the sun for longer than 10 minutes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
15. Do you ever leave your baby alone in the house or car?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
16. Does your baby roll over?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
17. Can your baby sit with back support?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
18. Does your baby pass objects from hand to hand?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
19. Does your baby look at his or her hands?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
20. Does your baby babble?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
21. Does your baby sleep through the night?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
22. Does your child live with both parents? Who else lives in your home?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
23. Is your baby in day care? Who else takes care of your baby?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
24. Have you signed up to receive our <i>Healthy Babies</i> online newsletter?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
25. Has your baby ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

Sign: _____

Parent signature: _____ Date: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL BEBÉ SALUDABLE DE 6 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: _____

¿Cómo pasa el día su bebé? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Alimenta a su bebé con leche materna? No Sí
Si amamanta a su bebé, ¿le da suplementos de vitamina D? No Sí
2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula? No Sí
3. ¿Come su bebé cereal infantil, comidas para bebé o en puré, 2 o 3 veces al día? No Sí
4. ¿Ofrece usted nuevas comidas cada 5 a 7 días? No Sí
5. ¿En qué ciudad vive usted?
6. ¿Mantiene usted todos los medicamentos, productos de limpieza del hogar y venenos bajo llave en un gabinete fuera de la vista? No Sí
7. ¿Tiene el número del Centro de toxicología (Poison Control Center) cerca del teléfono y guardado en su teléfono celular? No Sí
8. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma? Sí No
9. Desde su último examen de bebé saludable, ¿ha habido alguna enfermedad, hospitalización, cirugía, cambios o razones de estrés IMPORTANTES para su familia o para su bebé? En caso afirmativo, enumere: Sí No
10. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo:
11. ¿Tiene su bebé alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere: Sí No
12. ¿Se ponen a veces bizcos los ojos de su bebé? Sí No
13. ¿Acuesta alguna vez a su bebé con un biberón? Sí No
14. ¿Aplica loción protectora solar a su bebé cuando va a estar expuesto al sol por más de 10 minutos? No Sí
15. ¿Deja alguna vez a su bebé solo en la casa o en el auto? Sí No
16. ¿Se da su bebé la vuelta? No Sí
17. ¿Puede su bebé sentarse con apoyo en la espalda? No Sí
18. ¿Pasa su bebé objetos de una mano a otra? No Sí
19. ¿Se mira su bebé las manos? No Sí
20. ¿Balbucea su bebé? No Sí
21. ¿Duerme su bebé toda la noche? No Sí
22. ¿Vive su bebé con ambos padres?
¿Quién más vive en su casa? No Sí
23. ¿Va su bebé a una guardería?
¿Quién más cuida a su bebé? Sí No
24. ¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico *Healthy Babies*? No Sí
25. ¿Ha tenido su bebé una reacción a una vacuna (por ejemplo, fiebre alta)? Sí No

CLINIC COUNSELING

- Questionnaire reviewed
- Pertinent topics discussed and advice given

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

Sign: _____