

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?

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 two to three meals a day? No Yes
4. Do you offer new foods every five to seven days? No 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? No Yes
7. Do you have the poison control center phone number near your telephone? No Yes
8. Does your baby spend time in a home where anyone smokes? Yes 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: Yes No
10. Please list any medications your baby is taking: _____
11. Does your baby have any allergies to medications? If yes, please list: Yes No
12. Do your baby's eyes sometimes appear to cross? Yes No
13. Do you ever put your baby to bed with a bottle? Yes No
14. Do you put sunscreen on your baby when he or she is in the sun for longer than 10 minutes? No Yes
15. Do you ever leave your baby alone in the house or car? Yes No
16. Does your baby roll over? No Yes
17. Can your baby sit with back support? No Yes
18. Does your baby pass objects from hand to hand? No Yes
19. Does your baby look at his or her hands? No Yes
20. Does your baby babble? No Yes
21. Does your baby sleep through the night? No Yes
22. Does your child live with both parents?
Who else lives in your home? _____
23. Is your baby in day care?
Who else takes care of your baby? _____
24. 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 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
2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula infantil con hierro? 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 de teléfono del centro de control de envenenamientos cerca de su teléfono? 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. Por favor, enumere cualesquier medicamentos que esté tomando su bebé:
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. ¿Barbulla 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. ¿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: _____