

# Cuestionario pre-consulta: 6 meses de edad

**Instrucciones:** Favor de contestar las siguientes preguntas respecto a su hijo(a); marque con círculo o con una X la elección correcta. Esto nos ayuda a valorar la salud, desarrollo y seguridad de su hijo(a).

## Salud en general

1	¿Tiene alguna inquietud acerca de su bebé?	NO	SÍ
2	¿Tiene el niño a veces apariencia de bizco?	NO	SÍ
3	¿Ha tenido el(la) bebé problemas con sus vacunas o inyecciones?	NO	SÍ
4	¿Recibe atención médica de alguien aparte de un doctor en medicina (es decir, acupunturista, herborista, o naturópata)?	NO	SÍ

## Alimentación / Nutrición

5	¿Está tomando el niño leche materna?	SÍ	NO
	a. ¿Cuántas veces amamanta su bebé al día?		
6	¿Está tomando fórmula el niño?	SÍ	NO
	a. ¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé diario?		
	b. ¿Qué fórmula le está dando al niño?		
7	¿Le está dando algún alimento sólido al niño?	SÍ	NO
8	¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D? (Si su bebé está tomando más de 34 onzas de fórmula por día, no necesita dar un suplemento.)	SÍ	NO

## Higiene bucal

9	¿Acuesta al niño con su biberón?	NO	SÍ
10	¿Despierta el niño por la noche para comer?	NO	SÍ
11	¿Usa un cepillo dental de cerda suave, o trapo, y pasta dental con flúor para cepillar los dientes y las encías del niño?	SÍ	NO
12	¿Contiene flúor el agua o toma el niño un suplemento de fluoruro?	SÍ	NO
13	¿Hay personas en la casa con caries dental en el último año?	NO	SÍ

## Eliminación

14	¿Tiene el niño algún problema para defecar (hacer popó)?	NO	SÍ
15	¿Orina bien?	SÍ	NO

**Sueño**

16 ¿Se queda dormido el niño por sí solo?	SÍ	NO
17 ¿Tiene usted una rutina con el niño para la hora de acostarse?	SÍ	NO

**Desarrollo**

18 ¿Balbucea el bebé, imita sonidos?	SÍ	NO
19 ¿Responde el niño al oír su nombre?	SÍ	NO
20 ¿Rueda el bebé por ambos lados?	SÍ	NO
21 Hace el niño contacto visual?	SÍ	NO
22 ¿Procura el bebé alcanzar objetos?	SÍ	NO
23 ¿Logra el niño mantenerse sentado solo por unos cuantos segundos?	SÍ	NO
24 ¿Le lee al niño todos los días?	SÍ	NO
25 ¿Juega con el bebé a las escondidas de cara o con musiquita?	SÍ	NO
26 ¿Juega en el piso con el bebé todos los días?	SÍ	NO

**Estresores sociales**

27 ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	NO	SÍ	
28 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
29 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
30 ¿Se siente alguna vez enojada o frustrada con el bebé?	NO	SÍ	

**Seguridad**

31 ¿Mantiene siempre usted una mano sobre el bebé cuando éste se encuentra en alto (por ej., en una mesa para cambiar de pañal)?	SÍ	NO	
32 ¿Lleva el bebé puesto alguna vez joyería (incluso collares)?	NO	SÍ	
33 ¿Lleva usted líquidos calientes cerca del bebé?	NO	SÍ	
34 ¿Viaja el bebé en un asiento de seguridad con vista hacia atrás y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO	
35 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ	
36 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO	NO APLICA

Cuestionario pre-consulta: **6 meses de edad**

37 Si su hijo tiene la piel clara, ¿se aplica protector solar si está afuera al sol durante más de 15 a 30 minutos?	SÍ	NO	
38 ¿Mantiene alejadas del bebé las bolsas de plástico y globos de látex?	SÍ	NO	
39 ¿Mantiene el calentador de agua por debajo de los 120 grados F?	SÍ	NO	
40 ¿Tiene colocadas barreras alrededor de calentadores de cuarto, estufas de leña, etc.?	SÍ	NO	
41 ¿Tiene todos los limpiadores de casa, químicos y medicinas bajo llave?	SÍ	NO	
42 ¿Utiliza el bebé una andadera infantil con ruedas?	NO	SÍ	

## Depresión Postnatal

**Instrucciones:** Por favor marque (v) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

- 1 He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
 

<input type="checkbox"/> Tanto como siempre he podido hacerlo	<input type="checkbox"/> No tanto ahora	<input type="checkbox"/> Sin duda, mucho menos ahora	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---	---	--	--
  
- 2 He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
 

<input type="checkbox"/> Tanto como siempre	<input type="checkbox"/> Algo menos de lo que solía hacerlo	<input type="checkbox"/> Definitivamente menos de lo que solía hacerlo	<input type="checkbox"/> Prácticamente nunca
---	---	--	--
  
- 3 Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, algunas veces	<input type="checkbox"/> No muy a menudo	<input type="checkbox"/> No, nunca
---	--	--	------------------------------------
  
- 4 He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
 

<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Casi nada	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo
--	------------------------------------	--------------------------------------	---
  
- 5 He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
 

<input type="checkbox"/> Sí, bastante	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> No, no mucho	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--
  
- 6 Las cosas me oprimen o agobian:
 

<input type="checkbox"/> Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas	<input type="checkbox"/> Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera	<input type="checkbox"/> No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien	<input type="checkbox"/> No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre
--	---	---	--
  
- 7 Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> No muy a menudo	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---	--------------------------------------	--	--
  
- 8 Me he sentido triste y desgraciada:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/> No muy a menudo	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---	--	--	--
  
- 9 Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> No, nunca
---	--	---	------------------------------------
  
- 10 He pensado en hacerme daño:
 

<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> No, nunca
--	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------