

Cuestionario pre-consulta: 2 meses de edad

Instrucciones: Favor de contestar las siguientes preguntas respecto a su bebé; 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	¿Llora el (la) niño(a) por más de 30 minutos a la vez?	NO	SÍ

Alimentación / Nutrición

3	¿Está tomando el niño leche materna?	SÍ	NO
	a. ¿Cuántas veces amamanta su bebé al día?		
	b. Si le da al bebé la leche materna, ¿está dando por biberón la leche de la bomba?	SÍ	NO
4	¿Está tomando fórmula el niño?	SÍ	NO
	a. ¿Cuántas veces toma fórmula su bebé diario?		
	b. ¿Qué fórmula le está dando al niño?		
5	¿Está dando al bebé cualquier cosa aparte de leche materna o fórmula?	NO	SÍ
6	¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D?	SÍ	NO

Eliminación

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

Sueño

9	¿Tiene alguna pregunta o inquietud acerca de los hábitos para dormir del bebé?	NO	SÍ
---	--	----	----

Estresores sociales

10 Si hay otros hijos en casa, ¿se han ajustado bien con el bebé?	SÍ	NO	NO APLICA
11 ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	NO	SÍ	
12 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
13 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
14 ¿Se siente alguna vez enojada o frustrada con el bebé?	NO	SÍ	

Desarrollo

15 ¿Sonríe el bebé al escuchar la voz de papá o de mamá?	SÍ	NO
16 ¿Hace el bebé ruiditos de arrullos?	SÍ	NO
17 ¿Observa el bebé a la persona que camina por su cuarto?	SÍ	NO
18 ¿Puede el bebé sostener algo brevemente cuando se lo pone en la mano?	SÍ	NO
19 ¿Alza el bebé su cabeza y el pecho cuando se le acuesta de pancita?	SÍ	NO

Seguridad

20 ¿Tiene al bebé envuelto en cobijitas para dormir?	NO	SÍ
21 ¿Duerme el bebé de espalda?	SÍ	NO
22 ¿Dónde duerme el bebé?	En su cunita	Otro
23 ¿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
24 ¿Lleva el bebé puesto alguna vez joyería (incluso collares)?	NO	SÍ
25 ¿Viaja el bebé en un asiento de seguridad con vista hacia atrás y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO
26 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ
27 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO

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
--	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------