

# Cuestionario pre-consulta: De recién nacido a 0-7 días

**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).

## Historial del nacimiento

1	¿Cuál era el peso de su bebé al nacer?			
2	¿Fue de término completo (un embarazo de 38 semanas o más antes del parto)?	SÍ	NO	
3	¿Pasó el bebé la prueba auditiva al nacer?	SÍ	NO	No estoy segura
4	¿Se vacunó al bebé de hepatitis B al nacer?	SÍ	NO	No estoy segura
5	¿Su bebé tuvo algún problema después del nacimiento?	NO	SÍ	No estoy segura
6	¿Su bebé estaba de nalgas en la última parte del embarazo, o hay niños en la familia con problemas graves de cadera?	NO	SÍ	No estoy segura
7	¿Su bebé recibió la inyección de vitamina K después del nacimiento?	SÍ	NO	No estoy segura

## Salud en general

8	¿Tiene alguna inquietud acerca de su bebé?	NO	SÍ
9	¿Escupe o vomita mucho el bebé?	NO	SÍ
10	¿Le preocupa algo debido al color de la piel, manchas o ronchas en ésta?	NO	SÍ
11	¿Sabía que una temperatura rectal de 100.4 (38C) o mayor es fiebre? Si fuese necesario, ¿sabría cómo tomarle la temperatura rectal al bebé?	SÍ	NO

## Alimentación / Nutrición

12	¿Tiene alguna inquietud por la alimentación del bebé?	NO	SÍ
13	¿Está tomando el niño leche materna?	SÍ	NO
14	¿Está tomando fórmula el niño?	SÍ	NO
	a. ¿Qué fórmula le está dando al niño?		
15	¿Está comiendo el bebé al menos 8 veces al día?	SÍ	NO
16	¿Está dando al bebé cualquier cosa aparte de leche materna o fórmula?	NO	SÍ

## Eliminación

17 ¿Cuántas veces ha tenido excremento su bebé durante las últimas 24 horas?	
a. ¿De qué color son las heces del bebé?	
18 ¿Cuántas veces orina su bebé durante las últimas 24 horas?	

## Sueño

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

## Desarrollo

20 ¿Voltea el bebé al escuchar su voz, se tranquiliza?	SÍ	NO
21 ¿Segue el bebé con la vista a papá o mamá?	SÍ	NO
22 ¿Puede mover bien el niño todas sus extremidades?	SÍ	NO
23 ¿Mama bien el bebé, traga y respira bien cuando come?	SÍ	NO

## Estresores sociales

24 Si hay otros hijos en casa, ¿se han ajustado bien con el nuevo bebé?	SÍ	NO	No aplica
25 ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	NO	SÍ	
26 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
27 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A veces
28 ¿Le parece que tiene / recibe e apoyo necesario?	SÍ	NO	
29 ¿Se siente alguna vez enojada o frustrada con el bebé?	NO	SÍ	

## Seguridad

30 ¿Duerme el bebé de espalda?	SÍ	NO
31 ¿Dónde duerme el bebé?	En su cunita	Otro
32 ¿Viaja el bebé en un asiento de seguridad con vista hacia atrás y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO
a. ¿Se siente usted con confianza necesaria para colocar y sujetar debidamente el asiento de seguridad del bebé en el auto?	SÍ	NO
33 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ
34 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO

## Tuberculosis

35 ¿Ha padecido tuberculosis (TB) uno de sus familiares o contactos?	NO	SÍ
36 ¿Ha resultado positivo alguna vez uno de sus familiares con la prueba de piel (PPD)?	NO	SÍ