

General

1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:

Nutrición

- | | | |
|----------------------------------------------------------|----|----|
| 2. ¿Tiene alguna inquietud por la alimentación del bebé? | No | Sí |
| 3. ¿Está tomando su bebé leche materna? | Sí | No |
| 4. ¿Está tomando fórmula su bebé? | Sí | No |

a. ¿Qué fórmula?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 5. ¿Está dando al bebé cualquier cosa aparte de leche materna o formula? | No | Sí |
| 6. ¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D? | Sí | No |

Estrés social

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|--------------|
| 7. ¿Está pasando usted por estrés en la familia? | No | Sí | |
| 8. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más? | Nunca | A veces | Muchas veces |

Pautas madurativas

Estas preguntas son acerca del desarrollo de su niño/a. Cuando nosotros decimos desarrollo nos referimos a cosas como gatear, caminar, jugar y hablar. Nosotros queremos tener una idea de que tan frecuente su niño/a hace cada una de estas cosas. Para cada pregunta, díganos si su niño/a todavía no lo hace, lo hace algunas veces o si él/ella lo hace mucho.

Adapted from SWYC, 2 months

- | | Todavía no | Algunas veces | Mucho |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. <i>Hace sonidos que le permite saber a usted que él/ella esta feliz o molesto</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. <i>Parece feliz al verlo/a</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
11.	<i>Sigue con la mirada un juguete en movimiento</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<i>Mueve la cabeza para buscar a la persona que está hablando</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<i>Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Junta las manos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<i>Se ríe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<i>Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<i>Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<i>Lo mira cuando usted dice su nombre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verificación de seguridad		Cierto	Tengo preguntas
<i>Marque todo lo que corresponda.</i>			
19.	Mi bebé duerme boca arriba, en un moisés o en una cuna junto a la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Siempre mantengo una mano sobre mi bebé cuando está por encima del piso (como en una mesa para cambiar pañales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Mi bebe no usa joyas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Mi bebé viaja en un asiento de seguridad que mira hacia atrás, en el asiento trasero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Nadie fuma o vapea cerca de mi bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Podría tomar la temperatura rectal si fuera necesario y sé que la fiebre es de 100.4 o más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EPDS — Cambios emocionales con un nuevo bebé

Porque usted tiene un nuevo bebé en su familia, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor marque la respuesta que más se acerca a como se ha sentido *en los últimos 7 días*, no sólo como se siente hoy.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas...

- Igual que siempre
 Ahora, no tanto como siempre
 Ahora, mucho menos
 No, nada en absoluto

2. He mirado las cosas con ilusión...

- Igual que siempre
 Algo menos de lo que es habitual en mí
 Bastante menos de lo que es habitual en mí
 Mucho menos que antes

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal...

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, en ningún momento

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo...

- No, en ningún momento
 Casi nunca
 Sí, algunas veces
 Sí, con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo...

- Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, en absoluto

6. Las cosas me han agobiado...

- Sí la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
 Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
 No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
 No he afrontado las cosas tan bien como siempre

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir...

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, en ningún momento

8. Me he sentido triste o desgraciada...

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, bastante a menudo
 No con mucha frecuencia
 No, en ningún momento

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando...

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, bastante a menudo
 Sólo en alguna ocasión
 No, en ningún momento

10. He tenido pensamientos de hacerme daño...

- Sí, bastante a menudo
 A veces
 Casi nunca
 En ningún momento