

**General**

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

2. ¿Tiene su bebé a veces apariencia de bizco? No      Sí

**Nutrición**

3. ¿Está tomando su bebé leche materna? Sí      No

4. ¿Está tomando fórmula su bebé? Sí      No

**a.** ¿Qué fórmula?

5. ¿Ha introducido alimentos para bebés, incluidos alérgenos comunes como huevos, maní, nueces, soya, lácteos, pescado o mariscos? (Estos deben administrarse en una forma en la que su bebé no se atragante, como mantequilla de maní o puré de mariscos.) Sí      No

6. ¿Come el bebé alimentos que contienen hierro? (Ejemplos: pavo, ciruelas pasas, frijoles, espinacas, brócoli, cereales integrales o más de 32 onzas por día de fórmula.) Sí      No

7. ¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D? (Si su bebé recibe más de 32 onzas de fórmula al día puede indicar 'Sí.')

Sí      No

**Higiene bucal**

8. ¿Acuesta al bebé con su biberón en la boca? No      Sí

9. ¿Despierta el bebé por la noche para comer? No      Sí      A veces

10. ¿Usa un cepillo dental de cerda suave, o trapo, y pasta dental con flúor (del tamaño de un grano de arroz) para cepillar los dientes y las encías del bebé? Sí      No      Todavía sin dientes

11. ¿Contiene flúor el agua o toma el bebé un suplemento de fluoruro? Sí      No      No estoy segura

**Estrés social**

12. ¿Está pasando usted por estrés en la familia? No      Sí

13. 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, 6 months*

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
14.	Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Lo mira cuando usted dice su nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Se da vueltas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Pasa un juguete de una mano a la otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Cuando él/ella se molesta lo busca a usted u otra persona conocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Alza los brazos para per levantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Puede sentarse sin ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Agarra comida y la come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verificación de seguridad	Marque todo lo que corresponda.	Cierto	Tengo preguntas
24.	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"/>
25.	Mi bebe no usa joyas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Mi bebé viaja en un asiento de seguridad que mira hacia atrás, en el asiento trasero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verificación de seguridad	Marque todo lo que corresponda.	Cierto	Tengo preguntas
27. Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. El calentador de agua está ajustado por debajo de 120 grados F.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tenemos barreras alrededor de calentadores de cuarto, estufas de leña (o no las tenemos).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Nuestros limpiadores de casa, químicos, cuchillos y medicinas están bajo llave o fuera de su alcance.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. No tenemos un andadera infantil con ruedas (o lo tenemos, pero el bebé no tiene acceso a las escaleras).		<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...	<input type="checkbox"/> Igual que siempre	<input type="checkbox"/> Ahora, no tanto como siempre	<input type="checkbox"/> Ahora, mucho menos	<input type="checkbox"/> No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión...	<input type="checkbox"/> Igual que siempre	<input type="checkbox"/> Algo menos de lo que es habitual en mí	<input type="checkbox"/> Bastante menos de lo que es habitual en mí	<input type="checkbox"/> Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal...	<input type="checkbox"/> Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> No muy a menudo	<input type="checkbox"/> No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo...	<input type="checkbox"/> No, en ningún momento	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Sí, algunas veces	<input type="checkbox"/> Sí, con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo...	<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 han agobiado...	<input type="checkbox"/> Sí la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	<input type="checkbox"/> Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	<input type="checkbox"/> No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	<input type="checkbox"/> 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
- 

Edinburgh Postnatal Depression Screen ©1987 Royal College of Psychiatrists. Cox JL et al (1987) [Detection of postnatal depression](#). British Journal of Psychiatry, 150, 782–786.

Survey of Well-being in Young Children (SWYC) V1.08, 9/1/19 ©2010, Tufts Medical Center, Inc.