

General

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

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

3. ¿Pase el bebé cualquier tiempo 'de pantalla' (teléfono, tableta, la TV)? No Sí

Nutrición

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

5. ¿Está tomando fórmula su bebé? Sí No

a. ¿Qué fórmula?

6. ¿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

7. ¿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

8. ¿Está recibiendo su bebé dos o tres comidas al día de alimento sólido? Sí No

9. ¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D? (No es necesario si su bebé recibe más de 32 onzas de fórmula al día.) Sí No

10. ¿Toma su bebé jugo u otras bebidas azucaradas? No Sí

11. ¿Tiene su bebé algún problema para defecar (hacer popó)? No Sí

Higiene bucal

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

13. ¿Despierta su bebé por la noche para comer? No Sí A veces

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

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

Plomo

- | | | |
|---|----|----|
| 16. ¿Está normalmente el bebé en una casa construida antes de 1978? | No | Sí |
| 17. ¿Tiene su bebé un hermano(a), o compañerito que alguna vez sufrió por envenenamiento por plomo? | No | Sí |

Tuberculosis

- | | | | |
|--|----|----|-----------------|
| 18. ¿Está su niño en riesgo de infección con tuberculosis? (Incluye niños nacidos en África, Asia, América Latina o Europa del este; niños que se han quedado con la familia en uno de esos lugares durante más de una semana, o si estuvieron expuestos a alguien con tuberculosis activa). | No | Sí | No estoy seguro |
|--|----|----|-----------------|

Verificación de seguridad*Marque todo lo que corresponda.***Cierto****Tengo preguntas**

- | | Cierto | Tengo preguntas |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Siempre me mantengo lo suficientemente cerca como para tocar a mi bebé cuando está en el baño. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Mi bebe no usa joyas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Mi bebé viaja en un asiento de seguridad que mira hacia atrás, en el asiento trasero. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Aplicamos protector solar si estamos expuestos al sol por más de 15-30 minutos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 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"/> |

SWYC

Encuesta de Bienestar en Niños Pequeños

9 meses válida de 9m 0d – 11m 31dSurvey of Well-being in Young Children (SWYC)
V1.08, 9/1/19 ©2010, Tufts Medical Center, Inc.**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.

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
25.	Alza los brazos para ser levantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Puede sentarse sin ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Agarra comida y la come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Se sostiene para levantarse hasta quedar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Juega a juegos – como: “¿Dónde está el bebe?” o “peek-a-boo”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Lo llama a usted “mama” o “papa” o algo parecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Mira a su alrededor cuando usted dice cosas como “¿Dónde está tu biberón?” o “¿Dónde está tu juguete?”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Imita sonidos que usted hace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Cruza una habitación caminando sin ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Sigue instrucciones – por ejemplo “Ven acá” o “Dame la pelota”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BPSC — Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés

Igual

Un poco más

Mucho más

Algunas veces todos los niños lloran, gruñen o se quejan, tienen problemas al dormir o tienen problemas cuando llegan a lugares nuevos. Comparado a la mayoría de los niños/as de esta edad, usted diría que su niño hace estas cosas igual, un poco más o mucho más que los otros niños de su misma edad?

		Igual	Un poco más	Mucho más
35.	¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BPSC — Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés

Igual

Un poco más

Mucho más

39. ¿Su niño/a llora mucho? 40. ¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse? 41. ¿Su niño/a se enoja fácilmente o se irrita? 42. ¿Su niño/a es difícil de consolar? 43. ¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida? 44. ¿Es difícil poner a su niño/a a dormir? 45. ¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a? 46. ¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?

Preocupaciones de los padres

Ninguna

Alguna

Mucha

47. ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a? 48. ¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?

Preguntas sobre la familia

No

Sí

*Debido a que miembros de su familia pueden tener un gran impacto en el desarrollo de su niño(a), por favor responda las siguientes preguntas sobre su familia:*49. ¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco? 50. ¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado Drogas más de lo que hubiera deseado? 51. ¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o Drogas durante el último año? 52. ¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?

Nunca

A veces

Frecuentemente

53. Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.

<i>Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?</i>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días				
54. ¿Tener poco interés o placer en hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
55. ¿Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	No hay tensión	Alguna tensión	Mucha tensión	No aplica				
56. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No aplica				
57. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
58. Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	0	1	2	3	4	5	6	7