

Recién nacido de 0 a 7 días

General

- Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:

Historia de nacimiento

Puede omitir esta sección si su bebé nació en nuestro hospital.

- | | | | |
|---|----|----|-----------------|
| 2. ¿Cuál era el peso de su bebé al nacer? | | | |
| 3. ¿Fue de término completo (un embarazo de 38 semanas o más antes del parto)? | Sí | No | No estoy segura |
| 4. ¿Pasó el bebé la prueba auditiva al nacer? | Sí | No | No estoy segura |
| 5. ¿Se vacunó al bebé de hepatitis B al nacer? | Sí | No | No estoy segura |
| 6. ¿Su bebé recibió la inyección de vitamina K después del nacimiento? | Sí | No | No estoy segura |
| 7. ¿Su bebé tuvo algún problema después del nacimiento? | No | Sí | No estoy segura |
| 8. ¿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 |
| 9. ¿Le preocupa el color de la piel? | No | Sí | No estoy segura |

Nutrición

- | | | |
|---|----|----|
| 10. ¿Está tomando su bebé leche materna? | Sí | No |
| 11. ¿Está tomando fórmula su bebé? | Sí | No |
| a. ¿Qué fórmula? | | |
| 12. ¿Está dando al bebé cualquier cosa aparte de leche materna o fórmula? | No | Sí |
| 13. ¿De qué color son las heces del bebé? | | |

Desarrollo

- | | | |
|---|----|----|
| 14. ¿Puede mover bien su bebé todas sus extremidades? | Sí | No |
|---|----|----|

Estrés social

15. ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	No	Sí	
16. 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
17. ¿Le parece que tiene / recibe el apoyo necesario?	Sí	No	

Tuberculosis

18. ¿Está su hijo en riesgo de contraer 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 aquellos expuestos a cualquier persona con tuberculosis activa).	No	Sí	No estoy segura
--	----	----	-----------------

Verificación de seguridad *Marque todo lo que corresponda.*

	Cierto	Tengo preguntas
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. Me siento seguro asegurando a mi bebé en su asiento de seguridad.	<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"/>