

CUESTIONARIO PARA 2 MESES DE EDAD

Fecha: _____

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Historial de Alimentacion

- Nombre de Formula _____ onzas cada ____ horas.
- Leche Materna _____ minutos de cada lado, cada ____ horas.
- Ambas Si No

2. Escupe la leche Si No
3. Vomita la leche Si No
4. Moja mas de 6 panales por dia Si No
5. Material fecal Suave Dura
6. Ha estado su bebe en contacto con alguien que tenga Tuberculosis en estado activo?
 Si No

Desarrollo:

1. Bebe levanta la cabeza cuando esta boca abajo Si No
2. Mantiene la cabeza erecta por breves periodos
(cuando se le sostiene verticalmente) Si No
3. Sujeta objetos Si No
4. Sigue objetos con la Mirada Si No
5. Responde a sonidos Si No
6. Hace sonidos con la boca Si No
7. Sonrisa social Si No
8. Diferentes llantos para diferentes necesidades Si No

Otros Comentarios o preocupaciones:
