

## CUESTIONARIO PARA 4 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.

2. Comida Solida  Si  No

Porfavor circule: Cereal, Vegetales, Fruta

3. Escupe la leche  Si  No

4. Vomita la leche  Si  No

5. Moja mas de 6 panales por dia  Si  No

6. Material fecal  Suave  Dura

7. Ha estado su bebe en contacto con alguien que tenga Tuberculosis en estado activo?

Si  No

### Desarrollo:

1. Mantiene cabeza ergida  Si  No

2. Levanta el cuerpo sobre manos con cabeza hacia arriba  Si  No

3. Rueda de adelante hacia atras  Si  No

4. Alcanza y agarra objetos  Si  No

5. Reune sus manos  Si  No

6. Responde a sonidos  Si  No

7. Hace borbuja y balbuceos  Si  No

8. Hace sonidos con la boca  Si  No

9. Rie o Chirria  Si  No

Otros Comentarios o preocupaciones:

---

---