

CUESTIONARIO PARA 6 MESES DE EDAD

Fecha: _____

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial de Alimentacion:

- Nombre de Formula _____ onzas cada ____ horas.
- Leche Materna _____ minutos de cada lado, cada ____ horas.
- Jugo Diluido Sin diluir ?Cuanto? _____ onzas por dia.

1. Alimentos Solidos Si No
Por Favor circule: Cereal, Vegetales, Fruta
2. Escupes la leche Si No
3. Vomita la leche Si No
4. Material Fecal Suave Dura
5. Ha estado su bebe en contacto con alguien que tenga Tuberculosis con estado activo?

Si No

Desarrollo:

1. Se siente brevemente inclinandose hacia delante Si No
2. Rueda ambos lados Si No
3. Muestra placer con la ineraction de padres o otros Si No
4. Transfiere objetos de una mano a otra Si No
5. Alcanza por objetos Si No
6. Gira cuando escucha voces Si No
7. Balbucea, rie Si No
8. Juega haciendo sonidos Si No

Otros Comentarios o preocupaciones:
