

CUESTIONARIO PARA 9 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
- Jugo Diluido Sin diluir ?cuanto? ____ onzas por dia.

2. Alimentos Solidos Si No

Porfavor circule: Cereal, Vegetales, Fruta, Carne, alimentos que pueden comer con los dedos, otro: _____

3. Vomita Si No

4. Material fecal Suave Dura

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

Si No

Desarrollo:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Se sienta bien | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Gatea | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Tira pies con apoyo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Juega esconditas cubriendo y descubriendo ojos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Aplauda | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ansiedad hacia extraños | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Se alimenta solo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Pinsa con los dedos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Golpea objetos contra ellos mismos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Responde a su nombre | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Despide con la mano | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Imita sonidos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Juega haciendo sonidos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Dice:Dada | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Otros comentarios o preocupaciones:
