

## Cuestionario de Recien Nacidos

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nutricion \_\_\_ Formula: \_\_\_\_\_, \_\_\_ oz.cada \_\_\_ horas

\_\_\_ Amamantado \_\_\_ min. en cada lado.

Esta tomando el bebe alguna vitamin?

Eliminacion: La popo es suave o dura? \_\_\_\_\_

Mas de 6 panales mojados por dia \_\_\_ si \_\_\_ no

Desarrollo: \_\_\_ Levanta la cabeza ligeramente cuando esta de panza?

\_\_\_ Parpadea en reaccion a la luz brillante?

\_\_\_ Sigue objetos con la vista?

\_\_\_ Responde al sonido?

Durmiendo: El bebe duerme en su espalda? \_\_\_ si \_\_\_ no

Duerme en la misma cama con los padres? \_\_\_ si \_\_\_ no