

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