

# Cuestionario pre-consulta: 2 semanas a 1 mes de edad

**Instrucciones:** Favor de contestar las siguientes preguntas respecto a su bebé; marque con círculo o con una X la elección correcta. Esto nos ayuda a valorar la salud, desarrollo y seguridad de su hijo(a).

## Salud en general

1	¿Tiene alguna inquietud acerca de su bebé?	NO	SÍ
2	¿Escupe o vomita mucho el bebé?	NO	SÍ
3	¿Le preocupa algo debido al color de la piel, manchas o ronchas en ésta?	NO	SÍ
4	¿Sabía que una temperatura rectal de 100.4 (38C) o mayor es fiebre? Si fuese necesario, ¿sabría cómo tomarle la temperatura rectal al bebé?	SÍ	NO
5	¿Tiene su bebé un padre o hermano que tiene eccema, asma, o alergias ambientales?	NO	SÍ

## Alimentación / Nutrición

6	¿Tiene alguna inquietud por la alimentación del bebé?	NO	SÍ
7	¿Está tomando el niño leche materna?	SÍ	NO
8	¿Está tomando leche materna con biberón?	SÍ	NO
9	¿Está tomando fórmula el niño?	SÍ	NO
	a. ¿Qué fórmula le está dando al niño?		
10	¿Está comiendo el bebé al menos 8 veces al día?	SÍ	NO
11	¿Está dando al bebé cualquier cosa aparte de leche materna o formula?	NO	SÍ
12	¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D?	SÍ	NO

## Eliminación

13	¿Cuántas veces al día hace popo su bebé?		
	a. ¿De qué color son las heces del bebé?		
14	¿Orina bien?	SÍ	NO

## Sueño

15	¿Tiene alguna pregunta o inquietud acerca de los hábitos para dormir del bebé?	NO	SÍ
----	--	----	----

## Estresores sociales

16 Si hay otros hijos en casa, ¿se han ajustado bien con el bebé?	SÍ	NO	NO APLICA
17 ¿Está pasando usted por estrés en la familia?	NO	SÍ	
18 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
19 Durante los últimos 12 meses, ¿se le agotó y no tenía dinero para comprar más?	NO	SÍ	A VECES
20 ¿Le parece que tiene / recibe e apoyo necesario?	SÍ	NO	
21 ¿Se siente alguna vez enojada o frustrada con el bebé?	NO	SÍ	
22 ¿Siempre se siente seguro/a en su casa?	SÍ	NO	

## Desarrollo

23 ¿Gira el/la bebé hacia la dirección del sonido?	SÍ	NO
24 ¿Sigue el bebé con la vista a papá o mamá?	SÍ	NO
25 ¿Reconoce el bebé la voz de sus papás?	SÍ	NO
26 ¿Responde el bebé a la cara de usted o a una luz brillante?	SÍ	NO
27 ¿Responde el bebé a estímulos calmantes cuando se irrita?	SÍ	NO
28 ¿Alza el bebé su cabeza cuando se le acuesta de pancita?	SÍ	NO
29 ¿Pasa tiempo el bebé colocado de pancita cuando está despierto?	SÍ	NO

## Seguridad

30 ¿Duerme el bebé de espalda (boca arriba)?	SÍ	NO
31 ¿Dónde duerme el bebé?	En su cunita	Otro
32 ¿Mantiene siempre usted una mano sobre el bebé cuando éste se encuentra en alto (por ej., en una mesa para cambiar de pañal)?	SÍ	NO
33 ¿Lleva el bebé puesto alguna vez joyería (incluso collares)?	NO	SÍ
34 ¿Viaja el bebé en un asiento de seguridad con vista hacia atrás y colocado en el asiento trasero del auto?	SÍ	NO
35 ¿Hay alguien que fuma o vapea ('Vape' en inglés) cerca del bebé?	NO	SÍ
36 ¿Tiene instalado en casa detectores de humo y de monóxido de carbono en buen estado de funcionamiento?	SÍ	NO

## Depresión Postnatal

**Instrucciones:** Por favor marque (v) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

- 1 He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
 

<input type="checkbox"/> Tanto como siempre he podido hacerlo	<input type="checkbox"/> No tanto ahora	<input type="checkbox"/> Sin duda, mucho menos ahora	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---	---	--	--
  
- 2 He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
 

<input type="checkbox"/> Tanto como siempre	<input type="checkbox"/> Algo menos de lo que solía hacerlo	<input type="checkbox"/> Definitivamente menos de lo que solía hacerlo	<input type="checkbox"/> Prácticamente nunca
---	---	--	--
  
- 3 Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, algunas veces	<input type="checkbox"/> No muy a menudo	<input type="checkbox"/> No, nunca
---	--	--	------------------------------------
  
- 4 He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
 

<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Casi nada	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo
--	------------------------------------	--------------------------------------	---
  
- 5 He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
 

<input type="checkbox"/> Sí, bastante	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> No, no mucho	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--
  
- 6 Las cosas me oprimen o agobian:
 

<input type="checkbox"/> Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas	<input type="checkbox"/> Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera	<input type="checkbox"/> No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien	<input type="checkbox"/> No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre
--	---	---	--
  
- 7 Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, a veces	<input type="checkbox"/> No muy a menudo	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---	--------------------------------------	--	--
  
- 8 Me he sentido triste y desgraciada:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/> No muy a menudo	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
---	--	--	--
  
- 9 Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
 

<input type="checkbox"/> Sí, casi siempre	<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> No, nunca
---	--	---	------------------------------------
  
- 10 He pensado en hacerme daño:
 

<input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> No, nunca
--	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------