

**LA SALUD SUYA Y LA DE SU BEBÉ
ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS...
INFANTE (0 A 1 AÑO)**

**El tomar unos minutos ahora para contestar estas preguntas nos ayudará a brindarle con el cuidado y los servicios que usted y su bebé necesitan.
Por favor recuerde, todo lo que le afecta a usted le afecta a su bebé.
Toda la información en esta forma permanecerá confidencial.**

Fecha _____

Nombre del Infante _____ Fecha de Nacimiento _____

Su Nombre _____ Relación con el Infante _____

1. ¿Usted o su pareja tiene problemas/preocupaciones con el amamantar o dar pecho?	€Sí €No €No amamanta
2. ¿Está usted teniendo relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos?	€Sí €No
3. ¿Tiene usted o su pareja preguntas o preocupaciones sobre sus opciones para el control de la natalidad?	€Sí €No
4. ¿Le es difícil encontrar a alguien con quien pueda contar cuando usted cuando necesita ayuda o necesita un descanso?	€Sí €No
5. ¿Le es difícil tomar el tiempo para leer, hablar o jugar con su bebé?	€Sí €No
6. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre el lazo o vínculo afectivo entre usted y su bebé?	€Sí €No
7. Cuando le da biberón o botella a su bebé, ¿levanta o sostiene usted la botella o biberón?	€Sí €No €No
8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o comportamiento de su bebé?	€Sí €No
9. ¿Alguna vez ha pensado darle nalgadas a su bebé?	€Sí €No
10. ¿Alguna vez ha temido que usted o su pareja pueda perder el control y haga daño a su bebé?	€Sí €No
11. ¿Existen áreas en su hogar que podrían ser peligrosos para su bebé, tales como escalones, agua (temperatura o ahogamiento), eléctricos, plomo, veneno, fuego, mascotas?	€Sí €No
12. ¿Siempre pone a su bebé en un asiento para bebés en la parte trasera del auto?	€Sí €No
13. ¿Su bebé duerme en cualquier lugar además de solo, en una cuna, de espalda?	€Sí €No
14. ¿Se ha mudado más de una vez en el último año?	€Sí €No
15. ¿Alguna vez siente usted que no vive en un lugar seguro?	€Sí €No
16. ¿Siente como que está actualmente bajo mucho estrés?	€Sí €No
17. ¿Se ha sentido infeliz, triste o desesperada en las últimas	€Sí €No

OVER

dos semanas?	
18. ¿Durante las últimas dos semanas, ha tenido poco interés o placer en hacer cosas que solía disfrutar?	€Sí €No
19. ¿Usted o su pareja tiene historia de nervios, depresión, u otro problema de salud mental?	€Sí €No
20. En el pasado año, ¿Alguien la ha empujado, dado puñetes, golpeado, pateado, o amenazado con hacerle daño?	€Sí €No
21. Mientras estuvo embarazada, ¿usó usted tabaco, alcohol, o drogas ilícitas, incluyendo marihuana?	€Sí €No
22. ¿Alguien en su hogar consume alcohol	€Sí €No
23. ¿Usted o su pareja bebe más de 7 tragos (cerveza/ licor/vino/wine coolers (refrescos alcohólicos) por semana?	€Sí €No
24. ¿Usted o alguien en su hogar usa drogas ilícitas incluyendo marihuana?	€Sí €No
25. ¿Tiene algún problema en suplir sus necesidades básicas como transporte, comida, casa, cuidado de niños?	€Sí €No
26. ¿Tiene usted dificultad en leer o entender los materiales que le da su proveedor de servicios médicos?	€Sí €No
27. ¿Existe alguna práctica de fe, espiritual, o cultural que podría afectar el cuidado médico de su bebé?	€Sí €No
28. ¿Ha sido usted previamente evaluada o referida por causa de cualquiera de los motivos/preocupaciones mencionados arriba?	€Sí €No

29. Me gustaría más información acerca de _____

¡Gracias!



Healthy Kent 2010
Infant Health Team

700 Fuller NE
Grand Rapids, MI

616-632-7281