

**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 €N/A
2. ¿Está usted actualmente usando métodos anticonceptivos?	€Sí €No
3. ¿Tiene usted alguien que puede cuidar de su bebé si usted necesita un descanso?	€Sí €No
4. ¿Con quién puede contar usted cuando necesita ayuda?	€Nadie €Miembros de la Familia €Padre del bebé €Pareja €Amigos €Comunidad de Fe €Agencias de la Comunidad €Otro
5. ¿Con que frecuencia le lee, habla o juega con su bebé?	€A lo largo del día €Diario €De vez en cuando €Rara vez
6. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre el lazo o vínculo afectivo entre usted y su bebé?	€Sí €No
7. ¿Con que frecuencia su bebé es cargado mientras le dan el biberón o botella?	€Siempre €A veces €Rara vez €No toma botella
8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o comportamiento de su bebé?	€Sí €No
9. ¿Cómo disciplinaría a su niño(a)? (Marque todos los que se aplican)	€Tiempo fuera €Nalgadas €Redirección/Distracción €Otro €No sé
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	€Sí €No

OVER

parte trasera del auto?	
13. ¿Su bebé siempre duerme solo, de espalda, en una cuna o moisés (bassinette)?	€Sí €No
14. ¿Cuántas veces se ha mudado en el último año?	€0 €1-2 €3 o más
15. ¿Siente usted que vive en un lugar seguro?	€Sí €No
16. ¿Cómo calificaría su nivel de estrés actual?	€Bajo €Mediano €Alto
17. ¿Se ha sentido infeliz, triste o desesperada en las últimas dos semanas?	€Sí €No
18. Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido poco interés o placer en hacer cosas que solía disfrutar?	€Sí €No
19. ¿Usted o alguien en su familia tiene historia de nervios, depresión, u otro problema de salud mental?	€Sí €No
20. En el pasado año, ¿Alguien le 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. ¿Usted o alguien en su hogar fuma actualmente?	€Sí €No
23. ¿Alguien en su hogar consume alcohol?	€Sí €No
24. ¿Cuántas cervezas/ licor/ vino/ “wine coolers” (refrescos alcohólicos) consume usted?	€No bebo €Menos de 7 tragos por semana €Más de 7 tragos por semanas
25. ¿Usted o alguien en su hogar usa drogas ilícitas incluyendo marihuana?	€Sí €No
26. ¿Tiene usted dificultad en leer o entender los materiales que le da su proveedor de servicios médicos?	€Sí €No
27. ¿Tiene algún problema en suplir sus necesidades básicas como transporte, comida, casa, cuidado de niños?	€Sí €No
28. ¿Existe alguna práctica de fe, espiritual, o cultural que podría afectar el cuidado médico de su pequeño(a)?	€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