

4 MONTH WELL CHECK HEALTH QUESTIONNAIRE



IMPRINT AREA

This information is confidential.

Your answers help your physician or nurse practitioner choose the best topics to discuss with you at this visit. Skip any questions that you don't understand or that do not apply.

PHONE:

What do you enjoy about your baby? Do you have any questions or concerns?

1. Do you feed your baby breast milk? If you are breast feeding, are you giving vitamin D supplements?	☐ No ☐ Yes	☐ No ☐ Yes
2. Do you feed your baby formula?	☐ No ☐ Yes	
3. Have you offered your baby infant cereal or other baby foods?	☐ No ☐ Yes	
4. Do you always place your baby in a car seat facing backwards, in the back seat for every ride?	☐ No ☐ Yes	
5. Do you always place your baby on his or her back to sleep?	☐ No ☐ Yes	
6. Do you ever drink hot liquids when holding your baby?	☐ Yes ☐ No	
7. Do you know what to do if your baby is choking?	☐ No ☐ Yes	
8. Do you ever leave your baby alone on a changing table or bed?	☐ Yes ☐ No	
9. Do you have a fire or earthquake escape plan?	☐ No ☐ Yes	
10. Does your baby spend time in a home where anyone smokes?	☐ Yes ☐ No	
11. Since your last well check, have there been any MAJOR illnesses, hospitalizations, surgeries, changes, or stresses for your family or baby? If yes, please list:	☐ Yes ☐ No	
12. Please list any medications your baby is taking:		
13. Does your baby have any allergies to medications? If yes, please list:	☐ Yes ☐ No	
14. Over the past 2 weeks, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?	☐ Yes ☐ No	
15. Over the past 2 weeks, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless?	☐ Yes ☐ No	
16. Do you put your baby to sleep when he or she is drowsy but still awake?	☐ No ☐ Yes	
17. Do you use a hat or umbrella to protect your baby from the sun if he or she is outside for more than 10 minutes?	☐ No ☐ Yes	
18. Does your baby laugh out loud and squeal?	☐ No ☐ Yes	
19. Does your baby push up with arms when on his or her stomach?	☐ No ☐ Yes	
20. Does your baby look at you when you talk to him or her?	☐ No ☐ Yes	
21. Does your baby reach and grab for objects?	☐ No ☐ Yes	
22. Do you have concerns about your baby's development or behavior?	☐ Yes ☐ No	
23. Does your baby sleep through the night?	☐ No ☐ Yes	
24. Do you cuddle and talk to your baby every day?	☐ No ☐ Yes	
25. Is your baby in day care? Who else takes care of your baby?	☐ Yes ☐ No	
26. Have you signed up to receive our <i>Healthy Babies</i> online newsletter?	☐ No ☐ Yes	
27. Has your baby ever had a reaction to a vaccine (such as a high fever)?	☐ Yes ☐ No	

CLINIC COUNSELING

- ☐ Questionnaire reviewed
- ☐ Pertinent topics discussed and advice given

Parent signature: _____ Date: _____

Sign: _____

CUESTIONARIO DE LA SALUD PARA EL EXAMEN DEL NIÑO SALUDABLE DE 4 MESES

Esta información es confidencial.

Sus respuestas ayudarán a que su médico o enfermera especializada seleccione los mejores temas para comentar con usted en esta visita. Ignore las preguntas que no entienda o que no le correspondan.

PHONE:

¿Qué disfruta más de su bebé? ¿Tiene alguna pregunta o inquietud?

1. ¿Alimenta a su bebé con leche materna? Si amamanta a su bebé, ¿le da suplementos de vitamina D?	☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí
2. ¿Alimenta a su bebé con fórmula?	☐ No ☐ Sí
3. ¿Le ha ofrecido a su bebé cereales u otros alimentos para bebés?	☐ No ☐ Sí
4. ¿Coloca siempre a su bebé en una silla de auto mirando hacia atrás en el asiento trasero cada vez que viaja en auto?	☐ No ☐ Sí
5. ¿Coloca usted siempre a su bebé en la espalda para dormir?	☐ No ☐ Sí
6. ¿Toma alguna vez líquidos calientes mientras carga al bebé?	☐ Sí ☐ No
7. ¿Sabe usted qué hacer si su bebé se está atragantando?	☐ No ☐ Sí
8. ¿Deja alguna vez a su bebé solo en la mesa de cambiarlo o en la cama?	☐ Sí ☐ No
9. ¿Tiene un plan de escape en caso de incendio o terremoto?	☐ No ☐ Sí
10. ¿Pasa su bebé tiempo en una casa donde alguien fuma?	☐ Sí ☐ No
11. Desde su último examen de niño saludable, ¿ha habido alguna enfermedad, hospitalización, cirugía, cambios o razones de estrés IMPORTANTES para su familia o para su niño? En caso afirmativo, enumere:	☐ Sí ☐ No
12. Haga una lista de todos los medicamentos que toma su hijo:	
13. ¿Tiene su bebé alguna alergia a medicamentos? En caso afirmativo, enumere:	☐ Sí ☐ No
14. En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido molesto porque hacer cosas no le interesa o le causa poco placer?	☐ Sí ☐ No
15. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido sentimientos frecuentes de tristeza, depresión o falta de esperanza?	☐ Sí ☐ No
16. ¿Acuesta a su bebé a dormir cuando está adormecido pero aún despierto?	☐ No ☐ Sí
17. ¿Usa un sombrero o una sombrilla para proteger a su bebé del sol cuando está afuera durante más de 10 minutos?	☐ No ☐ Sí
18. ¿Su bebé se ríe y grita?	☐ No ☐ Sí
19. ¿Intenta su bebé levantarse empujando con los brazos cuando está acostado boca abajo?	☐ No ☐ Sí
20. ¿Su bebé lo mira cuando le habla?	☐ No ☐ Sí
21. ¿Intenta su bebé tomar objetos?	☐ No ☐ Sí
22. ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o el comportamiento de su bebé?	☐ Sí ☐ No
23. ¿Duerme su bebé durante toda la noche?	☐ No ☐ Sí
24. ¿Abraza y habla con su bebé todos los días?	☐ No ☐ Sí
25. ¿Va su bebé a una guardería infantil? ¿Qué otras personas cuidan de su bebé?	☐ Sí ☐ No
26. ¿Se ha inscrito para recibir nuestro boletín electrónico <i>Healthy Babies</i> ?	☐ No ☐ Sí
27. ¿Ha tenido su bebé una reacción a una vacuna (por ejemplo, fiebre alta)?	☐ Sí ☐ No

CLINIC COUNSELING

- ☐ Questionnaire reviewed
- ☐ Pertinent topics discussed and advice given

Firma del padre o la madre/Parent signature: _____ Fecha/Date: _____

Sign: _____