

Birth to 1 Week

Well-Child Questionnaire

Please answer these questions about your child.

Skip any questions you can't answer or that don't apply. Your answers help us provide you and your child with the best possible care.

Do you have any questions or concerns about your child's health, development, learning, or behavior you'd like to discuss?

Yes No

If yes, please describe:

Feeding

1. Do you feed your child 8 to 12 times every 24 hours?

No Yes

2. How is feeding your child going?

Not well/have questions or concerns Okay Very well

3. What does your child currently eat?

Only breast milk Some breast milk, some formula Only formula

If your child drinks breast milk: [If not, please skip to **Safety.]**

4. Do you give your child vitamin D drops?

No Yes

Safety

5. Does your child sleep in their own bassinet or crib?

No Yes

6. Do you always put your child to sleep on their back?

No Yes

7. Do you place your child in a rear-facing car seat in the backseat for every car ride?

No Yes

8. Do you know that a rectal temperature over 100.4°F, vomiting, or poor feeding can mean your child is very sick and you should call the Appointment and Advice Call Center right away?

No Yes

Staying Healthy

9. Does your baby have 5 to 8 wet diapers a day?

No Yes

10. How would you describe your child's poop?

Black and sticky Yellowish to greenish Other

Entre el nacimiento y la semana 1

Cuestionario de bienestar infantil

Responda estas preguntas sobre su bebé.

Omita cualquier pregunta que no pueda responder o que no corresponda. Las respuestas nos ayudarán a brindarles a usted y su bebé la mejor atención posible.

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su bebé sobre la que quiera hablar?

Si la respuesta es sí, escríbala aquí:

Sí No

Alimentación

1. ¿Alimenta a su bebé entre 8 y 12 veces cada 24 horas?

No Sí

2. ¿Cómo va la alimentación de su bebé?

No muy bien/Tengo preguntas o inquietudes Bien Muy bien

3. ¿Cómo se alimenta su bebé actualmente?

Solo con leche materna Con leche materna y leche maternizada (fórmula) Solo con leche maternizada (fórmula)

Si su bebé toma leche materna: [Si no, salte a la sección **Seguridad**].

4. ¿Le da a su bebé gotas de vitamina D?

No Sí

Seguridad

5. ¿El bebé duerme en su propio moisés o cuna?

No Sí

6. ¿Acuesta siempre a dormir al bebé sobre su espalda (boca arriba)?

No Sí

7. ¿Pone a su bebé en un asiento de automóvil orientado hacia atrás sujeto al asiento trasero del vehículo en cada viaje?

No Sí

8. ¿Sabe que si su bebé tiene una temperatura rectal superior a 100.4 °F (38 °C), está vomitando o le falta el apetito puede significar que está muy enfermo y debe llamar de inmediato al Centro de Llamadas para Consejos y Citas?

No Sí

Mantenerlo saludable

9. ¿Su bebé moja entre 5 y 8 pañales al día?

No Sí

10. ¿Cómo describiría las heces (popó) de su bebé?

Negruczas y pegajosas De color amarillento a verdoso Otro