

2 to 4 Weeks

Well-Child Questionnaire

Please answer these questions about your child. Skip any 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 concerns about your child's health, development, learning, or behavior?

Yes No

If yes, please describe:

Feeding

1. How is feeding your child going? **Not well/have questions or concerns** **Okay** **Very well**

2. 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.]

3. Does the breastfeeding parent take any prescription or over-the-counter medications, herbs, or supplements?

Yes No

If yes, please list:

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

Your Growing Child

9. Does your child look at faces? **Not yet** **Somewhat** **Yes, often**

10. Does your child cry for more than 3 hours each day?

Yes No

Tuberculosis Risk

11. Has your child had close contact with anyone who has tuberculosis?

Yes No

12. Was your child born in a country at high risk for tuberculosis, including countries in South America, Central America, Africa, Asia (except Japan), Eastern Europe, and Russia and surrounding areas, **OR** has anyone in your household including your child traveled to one of these countries?

Yes No

Family Life

13. Who takes care of your child (other than you)? Check all that apply:

Child's parent(s)/other family **Day care** **Other** **No one else**

14. Does your child spend time with anyone who smokes or vapes any substance?

Yes No

Emotional Health

15. Do you worry that you or another caregiver might lose control with your baby when feeling angry, frustrated, or overwhelmed? **Yes** **Sometimes** **No**

For parent who gave birth: Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

16. Little interest or pleasure in doing things?

Not at all **Several days** **More than half the days** **Nearly every day**

17. Feeling down, depressed, or hopeless?

Not at all **Several days** **More than half the days** **Nearly every day**

18. Since your child's last checkup, has your family or child experienced any major changes or stressful events (such as illness, move, job change or loss, separation or divorce, death in the family)?

Yes No

If yes, please list:

De 2 a 4 semanas

Cuestionario de bienestar infantil

Responda estas preguntas sobre su bebé. Puede saltarse 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.

¿Le preocupa la salud, el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su bebé?

Si la respuesta es sí, escríbala aquí:

Alimentación

1. ¿Cómo va la alimentación de su bebé?

No muy bien/Tengo preguntas o inquietudes Bien Muy bien

2. ¿Con qué se alimenta actualmente su bebé?

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.]

3. ¿Toma la persona que amamanta algún medicamento, suplemento o hierba con o sin receta?
Si la respuesta es sí, escriba lo que toma: _____

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

Seguridad

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

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

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

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?

Su bebé creciendo

9. ¿Su bebé mira a la cara a las personas? **Todavía no** A veces Sí, a menudo

10. ¿Llora su bebé por más de 3 horas al día?

Riesgo de tuberculosis

11. ¿Ha estado su bebé en contacto cercano con alguna persona que tenga tuberculosis?

12. ¿Nació su bebé en un país con alto riesgo de tuberculosis, como en países de Sudamérica, Centroamérica, África, Asia (excepto Japón), Europa oriental, Rusia y sus alrededores?

O bien, ¿ha viajado a alguno de estos países alguien de su familia, incluido el bebé?

Vida familiar

13. ¿Quién cuida a su bebé (además de usted)? Marque todas las opciones que correspondan:

La mamá, el papá u otro familiar del bebé El personal de una guardería infantil
Otro Nadie más

14. ¿Su bebé pasa tiempo con alguien que fuma o vapea alguna sustancia?

Salud emocional

15. ¿Le preocupa que usted u otro cuidador pierda el control con su bebé cuando tiene sentimientos de enojo, frustración o agobio? **Sí** A veces No

Preguntas para la persona que dio a luz: En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha preocupado alguno de los siguientes problemas?

16. Sentir poco interés o placer por hacer cosas.

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

17. Tener sentimientos de desánimo, depresión o desesperanza.

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

18. Desde la última revisión médica de su bebé, ¿ha vivido su familia o su bebé algún cambio importante o alguna situación estresante (por ejemplo, enfermedad, mudanza, cambio de trabajo, pérdida, separación, divorcio o muerte de un familiar)?

Si la respuesta es sí, por favor, explique: