

2 Months

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

If yes, please describe:

Yes **No**

Feeding

1. 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.]

2. Do you give your child vitamin D drops?

No **Yes**

Safety

3. Do you always put your child to sleep on their back?.....
4. Do you place your child in a rear-facing car seat in the backseat for every car ride?
5. Does your home have working smoke detectors?
6. Is your child ever left unattended (such as on a changing table or bed, or in a bath)?.....

No **Yes**
No **Yes**
No **Yes**
Yes **No**

Developmental Milestones

7. Does your child look at your face?.....
8. Does your child watch you as you move?.....
9. Does your child react to loud sounds?
10. Does your child move both arms and legs equally?.....
11. Does your child calm down when spoken to or picked up?

No **Yes**
No **Yes**
No **Yes**
No **Yes**
No **Yes**

Family Life

12. Do you put your child down to sleep when they're drowsy but still awake?.....
13. Do you hold, talk, and/or sing to your child every day?
14. 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**

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 the 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:

2 meses

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 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. ¿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: [De lo contrario, salte a la sección Seguridad].

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

No **Sí**

Seguridad

3. ¿Acuesta siempre a dormir al bebé sobre su espalda (boca arriba)?
4. ¿Pone a su bebé en un asiento de automóvil orientado hacia atrás sujeto al asiento trasero del vehículo en cada viaje?
5. ¿Su hogar tiene detectores de humo que funcionen?
6. En algún momento, ¿queda su bebé sin supervisión (por ejemplo, sobre la cama o una mesa para cambiar pañales o en una bañera)?

No **Sí**

No **Sí**

No **Sí**

Sí **No**

Hitos del desarrollo

7. ¿Su bebé le mira a la cara?
8. Cuando usted se mueve, ¿su bebé le mira?
9. ¿Su bebé reacciona ante sonidos fuertes?
10. ¿Su bebé mueve los dos brazos y las dos piernas por igual?
11. ¿Su bebé se calma cuando le hablan o lo tienen en brazos?

No **Sí**

Vida familiar

12. ¿Acuesta a su bebé a dormir cuando tiene sueño, pero aún está despierto?
13. ¿Sostiene en brazos a su bebé, o le habla o le canta todos los días?
14. ¿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**

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)?

Sí **No**

Si la respuesta es sí, por favor, explique: