




Recién nacido - Examen de 4 meses

Date of visit _____ Completed by: Mom Dad Grandparent Other

Child's Name _____ Age at Visit: Newborn 2 months 4 months

For office/staff use only	LA SEGURIDAD DEL AUTO
Was this discussed? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P1. ¿Con qué frecuencia viaja su niño en un asiento infantil o en el asiento convertible del auto? <input type="radio"/> a. Nunca <input type="radio"/> c. Algunas veces <input type="radio"/> b. Rara vez <input type="radio"/> d. Siempre 
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P2. ¿Generalmente, en qué asiento y en qué dirección sienta a su niño cuando anda de paseo en el auto? <input type="radio"/> a. Asiento delantero – hacia adelante <input type="radio"/> b. Asiento delantero – mirando hacia atrás <input type="radio"/> c. Asiento trasero – hacia adelante <input type="radio"/> d. Asiento trasero – mirando hacia atrás
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P3. ¿El asiento ha sido instalado – o revisado – por una persona perteneciente al sector salud (por ejemplo, enfermera, bombero) o un profesional que aplica la ley? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No <input type="radio"/> c. No es seguro
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P4. ¿Se ha encontrado usted una situación en la cual consideraría dejar a su bebé solo en un coche? Por ejemplo, para entrar a una tienda para pagar la gasolina o en una casa de amigos para entregar algo. <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No
Was this discussed?	SEGURIDAD DE DORMIR
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	¿Con qué frecuencia pone a su bebé a dormir en las siguientes formas? P5. LA UBICACIÓN—En un espacio compartido (por ejemplo, con un adulto sobre una cama o un sofá) <input type="radio"/> a. Nunca <input type="radio"/> c. Algunas veces <input type="radio"/> b. Rara vez <input type="radio"/> d. Siempre
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P6. POSICIONES—En su espalda <input type="radio"/> a. Nunca <input type="radio"/> c. Algunas veces <input type="radio"/> b. Rara vez <input type="radio"/> d. Siempre
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P7. OTRO—Con protectores de cuna <input type="radio"/> a. Nunca <input type="radio"/> c. Algunas veces <input type="radio"/> b. Rara vez <input type="radio"/> d. Siempre
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P8. OTRO—Con almohadas o cobijas (no incluyendo envolviéndolo o sacos de dormir) <input type="radio"/> a. Nunca <input type="radio"/> c. Algunas veces <input type="radio"/> b. Rara vez <input type="radio"/> d. Siempre
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	P9. OTRO—Con objetos (por ejemplo, juguetes, animales de peluche, etc.) <input type="radio"/> a. Nunca <input type="radio"/> c. Algunas veces <input type="radio"/> b. Rara vez <input type="radio"/> d. Siempre

Recién nacido - Examen de 4 meses

For office/staff use only	
Was this discussed?	SEGURIDAD DE AGUA
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI0. ¿Existe alguna situación en la cual consideraría dejar a su niño solo en una tina de baño con o sin un asiento de bañera infantil? <i>Por ejemplo para contestar el teléfono o agarrar algo que usted necesita.</i> <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI1. ¿Existe alguna situación en la cual consideraría dejar a su niño solo en una piscina para niños con o sin algún tipo de dispositivo de flotación? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No
Was this discussed?	FUEGO/INCENDIO
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI2. ¿Hay por lo menos una alarma de humo que funcione en cada piso de su casa? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No <input type="radio"/> c. No estoy seguro
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI3. ¿Han cambiado las pilas de todas las alarmas de humo en los últimos 6 meses? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No <input type="radio"/> c. No estoy seguro
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI4. ¿Ha ajustado el calentador de agua en su casa a menos de 120° F? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No <input type="radio"/> c. No estoy seguro
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI5. ¿Tiene un extintor de fuego que funcione en su casa? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No <input type="radio"/> c. No estoy seguro
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI6. ¿Alguna vez ha cargado a su hijo mientras toma líquidos calientes (por ejemplo, mientras está parado, sentado o caminando)? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No <input type="radio"/> c. No estoy seguro
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI7. ¿Tienes un detector de monóxido de carbono que funcione en su casa? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No <input type="radio"/> c. No estoy seguro <input type="radio"/> d. No aplica, mi casa sólo tiene servicio eléctrico
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI8. ¿Alguien humo del tabaco en el hogar? <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No
Was this discussed?	PREVENCIÓN DE CAÍDA
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	PI9. ¿Existe alguna situación en la cual consideraría dejar su niño solo en la mesa donde lo cambia, sofá, cama, o superficie similar? Por ejemplo para contestar el teléfono o agarrar algo que usted necesita. <input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No



Recién nacido - Examen de 4 meses

<i>For office/staff use only</i>	
Was this discussed?	INTERACCIÓN FAMILIAR
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>P20. ¿Hay alguien más joven de 12 años que cuide a su bebé por largos períodos de tiempo (por ejemplo, un par de horas o más)?</p> <p><input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No</p>
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>P21. ¿Siente miedo de su cónyuge / pareja?</p> <p><input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No</p>
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>Todos los padres y cuidadores tienen momentos de frustración cuando cuidan a los niños. En esos momentos, si usted u otra persona que lo cuida, que probablemente es cada una de las siguientes reacciones?</p> <p>P22. Respuestas: Expresiones verbales de coraje incluyendo gritar al bebé</p> <p><input type="radio"/> a. Nunca probable <input type="radio"/> c. Algo probable <input type="radio"/> b. Poco probable <input type="radio"/> d. Muy probable</p>
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>P23. Expresión física de coraje incluyendo golpes, apretones o sacudidas con fuerza</p> <p><input type="radio"/> a. Nunca probable <input type="radio"/> c. Algo probable <input type="radio"/> b. Poco probable <input type="radio"/> d. Muy probable</p>
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>P24. ¿Ha tenido usted algún tipo de problemas con drogas o alcohol en el año pasado?</p> <p><input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No</p>
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>P25. ¿Has sentido la necesidad de disminuir el consumo de bebidas alcohólicas o drogas?</p> <p><input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No</p>
Was this discussed?	DEPRESIÓN MATERNA
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>P26. ¿Has tenido usted algún tipo de sentimiento de depresión o sin esperanza en el mes pasado?</p> <p><input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No</p>
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A – Answered Correctly	<p>P27. ¿Has sentido poco interés o placer por actividades que solías hacer?</p> <p><input type="radio"/> a. Si <input type="radio"/> b. No</p>



LA SEGURIDAD DEL AUTO

P1.

● {D}

P2.

● {D}

P3.

● {A}

P4.

● {B}

SEGURIDAD DE DORMIR

P5.

● {A}

P6.

● {D}

P7.

● {A}

P8.

● {A}

P9.

● {A}

SEGURIDAD DE AGUA

P10.

● {B}

P11.

● {B}

FUEGO/INCENDIO

P12.

● {A}

P13.

● {A}

P14.

● {A}

P15.

● {A}

P16.

● {B}

P17.

● {A}

P18.

● {B}

PREVENCIÓN DE CAÍDA

P19.

● {B}

INTERACCIÓN FAMILIAR

Q20.

● {B}

Q21.

● {B}

Q22.

● {A}

Q23.

● {A}

Q24.

● {B}

Q25.

● {B}

DEPRESIÓN MATERNAL

Q26.

● {B}

Q27.

● {B}