

Cuestionario de examen pediátrico para bebé 10 meses.

No.

Nombre : _____ Distrito escolar : (_____)

Fecha de nacimiento : _____ año _____ mes _____ día

En caso de consultas y preguntas sobre su bebé, escríbalo aquí.

1. ¿Juega tirando el pie hasta la boca? (Sí • No)
2. Puede sentarse sin usar las manos. (_____ meses)
3. Se arrastra sobre su vientre. (_____ meses) Gatea en las manos y rodillas. (_____ meses)
4. Puede levantarse por sí solo agarrando algo? (_____ meses)
5. Puede caminar a lo largo de algo? (_____ meses)
6. ¿Puede cambiar, boca abajo desde sentado y sentado desde boca abajo? (Sí • No)
7. ¿Utiliza el andador del bebé? (No • Sí)
8. ¿Vuelve la cabeza hacia ruido pequeño? (Sí • No)
9. ¿Qué tipo de palabras dice recientemente?
(_____)
10. Puede mirar en la dirección que apunta Vd. en el mismo nivel del ojo. (_____ meses)
11. Imita con alegría a lo que se relaciona con bebé? (_____ meses)
¿Qué tipo de cosa? (_____)
12. ¿Se alegra de mirar a sus hermanos o los niños pequeños? (Sí • No)
13. Empieza a extrañar y fijar la mirada a los desconocidos? (_____ meses)
14. ¿Si Vd. se va, su bebé llora y persigue a Vd. ? (Sí [_____ meses] • No)
15. ¿Qué tipo de juegos le gusta a su bebé?
(_____)
16. ¿Cuando Vd. abre la boca, su bebé puede poner alimentos ahí? (Sí • No)
17. ¿Tiene Vd. dificultades de la crianza? (Llorar, comer, dormir, etc) (No • Sí)
18. ¿Siente Vd. a menudo irritado o frustrado por la crianza de su bebé?
(No • No poder contestar • Sí)
19. ¿Tiene alguna cosa que quiere consultar sobre Vd. mismo? (No • Sí)
(_____)

Continúa al dorso



20. ¿Ha tenido su bebé alguna enfermedad grave o ha visitado hospital regularmente?

(No • Sí ())

21. ¿Tiene convulsiones? (No • Sí (fiebre °C)

22. ¿Tiene las preocupaciones de alergia? (No • Sí)

23. ¿Ahora está en tratamiento sobre alergia?

(No • Sí [Dermatitis • Alimentos • Otro])

24. La evacuación (veces al día)

25. Sobre la papilla destete. (veces al día)

Cantidad de una vez y contenido.

● Comida principal [] Plato principal []

● Leche (cc veces) Materna (veces) Té (cc)

● Otra bebida ()

● ¿Se cambia gradualmente la forma de cocina de batata desde majado hasta en pedazos?

● ¿Deja al bebé comer con las manos? (Sí • Merienda • No)

● ¿Practica con una pajita y un vaso para beber? (Sí • No)

● ¿Come con buena ganas? (Sí • No)

● ¿Come cena con la familia? (Sí • No)

26. Empieza a echar los dientes. (meses)

27. ¿Usa el chupete? (Sí • No)

28. Ritmo del día. (Pinte con negro a los espacios de horas cuando duerme su bebé.)

0 **6** **12** **18** **24**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

29. ¿Cuándo siente divertido Vd. en la crianza de su bebé?

[]

