

Complete este lado de la página SOLAMENTE

Evaluación de Salud Infantil

Fecha(s): _____ Nombre del Bebé: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación: _____

Preguntas sobre el Historial de Salud Infantil (por favor complete todas las preguntas de este lado de la página- deje el reverso en blanco)¿Estuvo usted (madre del bebé) en WIC durante el embarazo? Sí No No sé

¿A dónde va su bebé para la atención médica? Nombre del médico/clínica _____

¿Asiste su bebé a visitas de bienestar de salud (well visits)? Sí No¿Está su bebé al día con las vacunas? Sí No No sé¿Recibe su bebé terapia u otros servicios? Física Ocupacional Habla Visita al Hogar: _____ Otros: _____ N/A

¿Tiene su bebé alguna condición médica, cirugía reciente, enfermedad, alergias a alimentos o lesiones? Por favor describa:

Por favor liste cualquier medicamento(s) que su bebé tome: _____ N/A¿Se alimenta a su bebé con sonda? Sí Describa: _____ NoTiene su bebé: Estreñimiento Diarrea Vómitos Gases N/A¿A alguien en su familia le han hecho la prueba de plomo? Sí (niveles): _____ No No sé

¿Cómo limpia los dientes/encías de su bebé? _____

¿Vive en un lugar temporal (refugio, hotel, etc.)? Sí No¿Ha entrado su niño en el cuidado de crianza o se ha mudado a hogares de cuidado de crianza, dentro de los últimos 6 meses? Sí No¿Ha sido su bebé abusado físicamente, verbalmente, sexualmente o abandonado? Sí No¿Dónde duerme su bebé? Cuna Bassinet Cribette/Pack n Play Con otra persona/niño Otros

¿Cuántos pañales mojados y sucios tiene su bebé cada día? Mojados: _____ Sucio: _____

¿Se preocupa de quedarse sin comida? Sí No¿Usas bancos/dispensas (food banks/pantries) de alimentos locales? Sí No

¿Qué preguntas o inquietudes tiene sobre la salud de su bebé, sus hábitos alimenticios y la lactancia materna?

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.