

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Aumento de peso prenatal: \_\_\_\_\_ Fecha de parto: \_\_\_\_\_

**Por favor responda las siguientes preguntas.**

1. Por favor describa el parto y nacimiento de su bebé.
2. ¿Cómo describiría su salud?
3. En el embarazo que acaba de terminar, ¿cuántos bebés tuvo?
4. ¿Tuvo parto por cesárea?  
 Sí       No
5. ¿Nació su bebé antes de término?  
 Sí, nació durante la semana 37 o antes.  
 No, nació después de la semana 37.
6. ¿Cuánto pesó su bebé al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

Siga al dorso ⇨

7. ¿Tiene usted algún problema médico o de salud?

Sí (por favor describa) \_\_\_\_\_

No

8. ¿Toma usted algún medicamento?

Sí (por favor enumere) \_\_\_\_\_

No

9. ¿Fuma usted cigarrillos?

Sí. ¿Cuántos por día? \_\_\_\_\_

No

10. ¿Alguna de las personas que viven en su hogar, fuma dentro de la casa?

Sí             No

11. ¿Bebe usted normalmente dos o más tomas de cerveza, vino o licor fuerte por día?

Sí             No

12. ¿Ha usado alguna droga desde que nació su bebé?

Sí             No