

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