

Nombre del niño: _____ Fecha de hoy: _____
Fecha de nacimiento: _____ Peso al nacer: _____ libras _____ onzas Largo al nacer _____ pulgadas
Sexo: M F ¿Nacimiento prematuro? No Sí _____ semanas antes

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo.

1. Describa la salud de su hijo.

2. ¿Qué le ha dicho su dentista sobre la salud dental de su hijo?

3. ¿Qué piensa sobre el crecimiento de su hijo?

4. ¿Tiene su hijo alguna enfermedad o problema de salud?
 Sí (por favor describa) _____
 No

5. ¿Está su hijo tomando algún medicamento en la actualidad?

Siga al dorso ⇨

Sí (por favor enumere) _____
 No

6. ¿Tiene su hijo las vacunas al día?

Sí No No sé

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

Sí No

8. ¿Durante el embarazo participó usted (la madre del bebé) en el programa WIC?

Sí No

9. ¿Durante el embarazo usted (la madre del bebé) tomó alcohol o usó alguna droga?

Sí No