

## Visita de Salud del Recién Nacido

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Bebe: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Doctor/Clinica del Bebé: \_\_\_\_\_

Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ Estatura al Nacer: \_\_\_\_\_

Edad Gestacional (#semanas): \_\_\_\_\_  Cuidado Umbilical Instruido: \_\_\_\_\_

Duración del Parto: \_\_\_\_\_  Vaginal  Cesárea \_\_\_\_\_

Tuvo a su bebé en el Hospital:  Sí  No Sí No, Donde: \_\_\_\_\_

Cuidado de la Incisión: \_\_\_\_\_

¿Cualquier problema al nacer?  Ictericia  Apnea del sueño  Infección  Otro: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

Esta Usted:  Lactancia Materna (pecho)  Alimentación con Biberón Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Por lo menos 8-12/24  Por los menos 14-31oz/24hrs

La información dada para el Almacenamiento/Manejo de la leche materna Notas: \_\_\_\_\_

Nutrición Materna Discutida  Continuar Vitaminas PN, Aumentar líquidos, Dieta Equilibrada  Folletos dados

Próxima Cita con el Doctor del Bebé: \_\_\_\_\_ Próxima Cita con el Doctor de la Madre: \_\_\_\_\_

Método Previsto de Anticonceptivo: \_\_\_\_\_ Proporcione Educación de Salud:  Sí  No

¿Tiene un asiento de seguridad para niños?  Sí  No

Proporcione educación para la salud SIDS/Importancia de dormir boca arriba Notas: \_\_\_\_\_

¿Dónde duerme tu bebé? \_\_\_ Cuarto de los padres \_\_\_ Cuarto del bebé \_\_\_ Cuarto de Hermano/a  
\_\_\_ Otro: por favor indicar \_\_\_\_\_

Proporcione educación para la salud de la depresión posparto/Nostalgia por el bebé Notas: \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre cuando llamar al médico Notas: \_\_\_\_\_

Usted tiene ayuda/apoyo fácilmente disponible:  Sí  No Notas: \_\_\_\_\_  
Notas: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente tomando algún medicamento (productos sin receta, recetas, hierbas, drogas ilícitas, alcohol)?  
Lista: \_\_\_\_\_

¿Te sientes seguro en tu casa?  Sí  No

Referencias/Preocupaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal de Salud Designado

\_\_\_\_\_  
Fecha