

Kids Way Clinic

Hoja de información del recién nacido

Por favor complete COMPLETAMENTE

El nombre del niño : _____

Fecha y hora de nacimiento: _____ Fecha de alta del hospital: _____

¿Quién está completando este formulario?: _____

HISTORIA DEL EMBARAZO:

¿Se planeó el embarazo? _____

¿En qué trimestre se inició la atención prenatal? _____

¿Cuántas semanas estuvo mamá en el parto? _____

¿Algún problema de salud durante el embarazo? (Ultrasonidos anormales, detección anormal, infecciones, estreptococo del grupo B positivo, presión arterial alta, diabetes, etc.)

Medicamentos, suplementos tomados durante el embarazo:

¿Hubo algún uso de sustancias / alcohol / tabaco durante el embarazo? _____

¿Hay fumadores en el hogar? _____ Si es así, ¿quién? _____

HISTORIA DE ENTREGA:

¿Alguna complicación durante el parto?

¿El parto fue vaginal, asistido (vacío, fórceps) o cesárea? _____

Si es aplicable; razón de la cesárea: _____

¿Algún problema con el bebé después del parto? (no respirar, no mantener la temperatura corporal, glucosa baja, fiebre, necesitar antibióticos, etc.)

¿Dónde nació el niño?

Nombre del hospital: _____ Ciudad: _____

Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____

¿Se alimenta el biberón o se amamanta? _____

¿Cuánto alimenta el bebé y con qué frecuencia? _____

Si es aplicable; marca de fórmula: _____

Número de pañales mojados por día: _____

Número de pañales con popó por día: _____

Tipo de sangre materna: _____ Tipo de sangre del bebé: _____

¿Recibió el bebé la vacuna contra la hepatitis B? _____

¿Se realizó la prueba de detección para recién nacidos? _____

¿Pasó el bebé la pantalla de audición del recién nacido? _____