

**Qué cuidador / adulto estuvo involucrado (nombre del cliente)?**

\_\_\_\_\_

**Fecha de actividad:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Asistió al menos a una visita de atención posnatal? (chequeo médico 4-6 semanas después del parto)**

- Sí
- No

**Fecha de nacimiento del bebé:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Edad gestacional del bebé al nacer (en semanas)**

- <32 semanas
- 32-37 semanas
- >37 semanas

**Peso del bebé al nacer**

- Menos de 3lbs 4oz (1500 gramos)
- Más de 3lbs 4oz (1500 gramos) pero menos de 5lbs (2500 gramos)
- 5lbs 8oz o más

**¿Qué tipo de parto tuvo?**

- Vaginal
- Cesárea
- PVDC

**¿Le ingresaron en la UCIN?**

- Sí
- No

**¿Cuál es el método de alimentación del bebé?**

- Leche materna (amamantamiento/ extracción de leche materna)
- Fórmula
- Ambos

**Parto múltiple? (pase a la siguiente pregunta si no tuvo un parto múltiple)?**

- Sí
- No

**El bebé recibió la visita de una semana al pediatra / médico?**

- Sí
- No

**Bebé puesto en adopción?**

- Sí
- No

**En caso de sí, fecha de colocación adoptiva:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Edad de la madre al momento de la colocación adoptiva:** \_\_\_\_\_

**Muerte del feto/infante? (Seleccione uno)**

- Sí
- No