

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