

Patient Weight	
Patient Length	

**Hoja de Información del Paciente**

Por favor, conteste las siguientes preguntas para que podamos tratar a su infante con eficacia.

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

1. Nombre del infante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. El género del infante:  V  H

3. Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Longitud del infante: \_\_\_\_\_ Número de semanas al nacer: \_\_\_\_\_

4. ¿Notó algo raro acerca de la forma en que el infante se coloca en el útero?  Sí  No   
 En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. ¿Qué tipo de parto (marque todas las que apliquen)?:  Único  Múltiple  Vaginal  
 Cesarea  Cabeza abajo  Parto de nalgas  Fórceps  Succión

6. ¿Hubo problemas durante el parto?  
 En caso afirmativo, por favor explique:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. ¿Cuándo notó la forma de su cabeza del infante era diferente? \_\_\_\_\_

8. ¿Su bebé tiene que pasar largos períodos de tiempo en una misma posición durante las primeras semanas o meses de vida?  Sí  No  
 En caso afirmativo, porque? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene otros hijos?  Sí  No  
 ¿Cuántos niños \_\_\_\_\_ ¿Cuántas niñas \_\_\_\_\_

10. ¿Alguno de sus otros hijos tienen la cabeza de forma diferente?  Sí  No  
 En caso afirmativo, por favor explique:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. ¿Su bebé tiene alguna tirantez del cuello?  Sí  No

### Hoja de Información del Paciente

12. Durante el día mi bebé se encuentra en el lado izquierdo o derecho de la cabeza.  
 D    I
13. ¿Cuándo entra a la habitación de su bebé, la cuna está en que pared?  
 A la izquierda de la puerta al entrar    Derecha de la puerta    Recto
14. ¿Cuándo se enfrente a la cuna, qué extremo de la cuna es la cabeza del bebé?  
 D    I
15. ¿Cuál posición su bebé le gusta dormir? \_\_\_\_\_
16. ¿Puede su bebé sostenga su cabeza y mirar a su alrededor?    Sí    No
17. ¿Su bebé responde a las voces tanto en el lado izquierdo y derecho, y que es capaces de darse la vuelta y mirar?    Sí    No
18. Mi bebé está en la guardería o con una niñera \_\_\_\_\_ días a la semana.

---

Doy mi permiso para que estos datos / fotos para su utilización en estudios clínicos o presentaciones. Todos los datos / fotos será compatible con HIPAA para proteger la privacidad del paciente.

Firma del Cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Gracias por tomarse el tiempo para contestar estas preguntas.  
Esto nos ayudará a servir mejor a su bebé