

U2

Nombre del niño:

Fecha:

1. ¿Tiene recuerdos principalmente positivos del embarazo y parto?
2. ¿Fue un parto sin complicaciones?
3. ¿Quiere amamantar a su hijo?
4. ¿Ha tenido suficiente apoyo durante el parto?
5. ¿Estaba presente el padre de su hijo al nacer este?
6. ¿Tiene apoyo en la familia y entre amigos?
7. ¿Utiliza la ayuda de una partera?
8. ¿Se siente lo suficientemente fuerte como para hacer frente a la vida cotidiana con su hijo?
9. ¿Se siente cómoda en la nueva situación de vida con su hijo?
10. ¿Siente que su hijo está buscando contacto con usted?
11. ¿Le han hecho pruebas de metabolismo a la sangre a su hijo?
12. ¿Le han hecho pruebas a su hijo para detectar fibrosis quística / trastornos metabólicos?
13. ¿Se ha realizado una prueba de audición?
14. ¿Se conocen enfermedades congénitas de la cadera en su familia?
15. ¿Está satisfecha con el desarrollo de su hijo?
16. ¿Notó algo especial?

U2

Nome da criança:

Data:

1. Tem lembranças principalmente positivas de gravidez e parto?
2. Foi um parto sem complicações?
3. Quer amamentar seu filho?
4. Teve apoio suficiente durante o parto?
5. O pai do seu filho estava presente quando ele nasceu?
6. Tem apoio na família e entre amigos?
7. Tem a ajuda de uma parteira?
8. Sente-se suficientemente forte para lidar com a vida cotidiana com seu filho?
9. Sente-se à vontade na nova situação da vida com seu filho?
10. Sente que o seu filho está buscando contato consigo?
11. O seu filho teve exames de metabolismo sanguíneo?
12. O seu filho foi testado de fibrose cística / distúrbios metabólicos?
13. Foi realizado um teste auditivo?
14. Existem doenças congênitas de anca conhecidas na sua família?
15. Está satisfeita com o desenvolvimento do seu filho?
16. Notou algo especial na criança?

