

U4

Nombre del niño:

Fecha:

1. ¿Puede su hijo levantar y sostener su cabeza boca abajo?
2. ¿Es propenso su niño a sus antebrazos y puede levantar la cabeza por unos minutos?
3. ¿Su hijo agarra objetos y los lleva a la boca?
4. ¿Duerme su hijo ja toda la noche durante varias horas?
5. ¿Le sonríe su hijo y los demás?
6. ¿Está su hijo sigue objetos con los ojos?
7. ¿Reage el niño quando lo llama?
8. ¿Está su apartamento completamente libre de humo?
9. ¿Es fácil tratar con la familia (por ejemplo, hermanos)?
10. ¿Ha eliminado los posibles riesgos de accidentes domésticos? (Enchufes, cables eléctricos, objetos que pueden tragarse, agentes de limpieza y detergentes, etc.)
11. ¿Toma/crea libertad personal para ti?
12. Cuida contactos sociales con su hijo (por ejemplo, reunión de padres, grupo de rastreo)
13. ¿La ecografía de cadera mostró algún hallazgo anormal?
14. ¿Su hijo recibe vitamina D / flúor todos los días?

U4

Nome da criança:

Data:

1. O seu filho pode levantar a cabeça e mante-la levantada deitado de barriga para baixo?
2. O seu filho apoia-se nos braços e pode levantar a cabeça por alguns minutos deitado de barriga para baixo?
3. O seu filho pega objetos e coloca-os na boca?
4. O seu filho dorme a noite toda por várias horas?
5. O seu filho sorrie para si e outras pessoas?
6. O seu filho está segue objetos com os olhos?
7. A criança reage a ser chamada?
8. O seu apartamento é totalmente livre de fumo?
9. É fácil lidar com a família (por exemplo, com os irmãos)?
10. Eliminou os possíveis riscos de acidentes domésticos? (Plugues, cabos elétricos, objetos que podem ser engolidos, produtos de limpeza e detergentes, etc.)
11. Toma/cria liberdade pessoal para si mesmo?
12. Cuida contatos sociais com seu filho (por exemplo, reunião de pais, grupo de rastreamento)
13. O ultrassom do quadril mostrou algum achado anormal?
14. O seu filho recebe vitamina D / flúor todos os dias?