

U5

Nombre del niño:

Fecha:

1. ¿Puede su hijo coger objetos con ambas manos?
2. ¿Puede su hijo cambiar activamente de espalda a bocabajo o viceversa?
3. ¿Explora su hijo objetos con sus manos?
4. ¿Observa su hijo específicamente objetos y movimientos?
5. ¿Se ríe a carcajadas su hijo?
6. ¿Consigue tranquilizar a su hijo hablandole?
7. ¿Alimenta al bebé con una cuchara?
8. ¿Duerme su hijo durante al menos 6 horas seguidas diariamente?
9. ¿Siente que su pareja o familia y amigos lo apoyan lo suficiente?
10. ¿Ya regresó al trabajo o planea regresar al trabajo en breve?
11. ¿Su hijo recibe vitamina D / flúor todos los días?
12. ¿Su hijo emite sonidos rítmicos como dei-dei-dei?

U5

Nome da criança:

Data:

1. O seu filho pode segurar objetos com as duas mãos?
2. O seu filho pode virar-se ativamente da barriga para baixo e vice-versa?
3. O seu filho explora objetos com as mãos?
4. O seu filho observa especificamente objetos e movimentos?
5. O seu filho ri alto?
6. Pode tranquilizar seu filho falando com ele?
7. Alimenta o bebê com colher?
8. O seu filho dorme pelo menos 6 horas seguidas por dia?
9. Acha que o seu parceiro/marido, a sua família e os amigos o apoiam o suficiente?
10. Já voltou ao trabalho ou planeia voltar ao trabalho em breve?
11. O seu filho recebe vitamina D / Flúor todos os dias?
12. O seu filho emite sons rítmicos como dei-dei-dei?