

Cuestionario de Infante

Fecha: _____

INFANTE:

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Forma llenado por: _____ Relación al Infante: _____

Nombre del Pediatra: _____ Número de teléfono: _____

Consultor de Lactancia: _____ Número de teléfono: _____

Preocupación Principal: _____

En este tiempo, esta alimentando el infante por pecho? **SI** **NO**

- Si fue alimentado por pecho anteriormente, cuando paro? _____

Su infante ha tenido un cirugía o procedimiento anteriormente para corregir la lengua cinchada o el labio cinchado?

Si si, cuando? _____ Nombre del Doctor: _____

SU INFANTE tiene o ha tenido estas síntomas? Indica y explica si sea necesario.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prenderse al pecho o teta superficialmente | <input type="checkbox"/> Poco aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Síntomas de cólicos/Llorar mucho | <input type="checkbox"/> El labio se dobla por abajo cuando se |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | alimento de pecho o teta |
| <input type="checkbox"/> Clic hace sonidos con los Labios cuando se | <input type="checkbox"/> Se cae fácilmente el chupón |
| alimenta | <input type="checkbox"/> El infante se frustra con el pecho o la teta |
| <input type="checkbox"/> Vomita mucho? Cantidad y frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo toma para alimentarse? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ahogarse/Tos cuando se alimenta | <input type="checkbox"/> Con cuanta frecuencia se alimenta? _____ |
| <input type="checkbox"/> Gaseoso | |

Su infante ha tomado medicamentos para el reflujo? _____

LA MADRE:

USTED tiene estas síntomas? Indica y explica si sea necesario.

- Pezones arrugados, aplanados, o Blanqueados
- Pezones ampollados o herido
- Pezones sangrados
- Mastitis
- Usa un protector para los pezones

Dolor durante alimentar por pecho

- Favor de indicar el nivel de dolor: _____
(el 1 es dolor breve, el 10 es lo peor)

