

Craniofacial Center
Positional Parent Form – Spanish

12. ¿Su bebé tiene algún otro problema médico? ¿Si es que sí, favor de describirlos:

13. ¿Su bebé tiene el cuello entumecido o torcido (tortícolis)? No Sí

 Si es que sí: ¿A que edad se le noto? _____

 ¿Qué lado del cuello? Derecho Izquierdo

 ¿Se ha tratado con ejercicios al cuello? No Sí

 ¿Ha mejorado? No Sí

14. Preguntas sobre el desarrollo motriz: ¿Su bebé puede:

Mantener la cabeza levantada?	No	Sí	¿A qué edad?: _____
Voltearse?	No	Sí	¿A qué edad?: _____
de estar boca abajo a boca arriba	No	Sí	¿A qué edad?: _____
de estar boca arriba a boca abajo?	No	Sí	¿A qué edad?: _____
Sentarse solo?	No	Sí	¿A qué edad?: _____
Gatear?	No	Sí	¿A qué edad?: _____
Agarrarse de algo para pararse?	No	Sí	¿A qué edad?: _____
Caminar?	No	Sí	¿A qué edad?: _____

15. Preguntas sobre los hábitos de dormir:

1. ¿Por cuántos meses durmió su bebé boca arriba? _____
2. ¿Prefiere su bebé dormir: boca arriba del lado derecho del lado izquierdo
3. ¿Qué porcentaje de tiempo duerme su bebé en el lado donde la cabeza está aplanada:
 Circle uno: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
4. ¿Por cuántas horas duerme su bebé al día (incluya las horas en la noche y las del día)? _____
5. ¿Por cuánto tiempo dura acostado boca abajo durante el día? _____
6. ¿A qué edad empezó usted a cambiar al niño de posición? _____
7. ¿Ha mejorado? Nada Algo Mucho

Firma del padre

Fecha

529