

## **MARC Head Start**

### **Informe de la mamá y su bebé**

#### **Visita en casa después de 2 semanas del parto**

##### **Propósito de la Visita**

La visita en casa después de 2 semanas del parto se enfoca en el bienestar de la mamá y su bebé, y se concentra en apoyar a la familia e identificar cuáles son sus necesidades.

## Informe de la mamá y su bebé: Visita en casa después de 2 semanas del parto

Fecha: _____	Hora: _____	Visitante de Casa EHS: _____
Nombre de la mamá: _____	Dirección: _____	
Nombre del bebé: _____	DOB: _____	Edad hoy: _____

  

Informe sobre el bebé	Informe sobre la mamá
<p>Peso al nacer: ____ Lbs. ____ oz. Longitud: ____ pulgadas</p> <p>Circunferencia de cabeza: ____ pulgadas o ____ cm.</p> <p>Puntuación Apgar Scores: 1 minuto _____</p> <p>5 minutos _____</p> <p>Complicaciones al nacer: S N. Si contesto sí; Describe: _____</p> <p>Circuncisión: Si No Problemas: _____</p> <hr/> <p>¿El cordón umbilical todavía está atado? Si No Problemas: _____</p> <p>Heb B #1 en el hospital: Si No</p> <p>Paso el examen de audición recién nacido Si No</p>	<p>1. Semanas de gestación en la 1era visita prenatal: _____</p> <p>Complicaciones prenatales: S N Si lo es, ¿qué? _____</p> <hr/> <p>Semanas de gestación al momento de alumbramiento: _____</p> <p>Grávida _____ Paridad: _____</p> <p>Fecha y Lugar del parto: _____</p> <hr/> <p>Tipo de parto: Vaginal ____ Cesárea ____ Número de días hospitalizada: _____</p> <p>Problemas durante el parto: _____</p> <hr/> <p>Fecha de la próxima cita con el doctor después del parto: _____</p>
<p>II. Lactancia: diríjase a la próxima sección si no está amamantando al bebé.</p> <p>La mamá está amamantando bien: Si No</p> <p>Pezones adoloridos: Si No</p> <p>Congestión mamaria: Si No</p> <p>La mamá está lactando al menos cada 2.5 a 3 horas durante el día y una vez en la noche Si No</p> <p>Se usa fórmula para suplementar? Si No</p>	<p>2. Estado de Nutrición:</p> <p>¿Como está su apetito? _____</p> <hr/> <p>¿Está tomando vitaminas/suplementos minerales? Si ____ No ____</p> <p>Tomando suficientes líquidos: Agua ____ Jugo ____ ¿Otro? _____</p> <p>¿Cuentan con suficientes alimentos disponibles?</p> <hr/> <p>¿Está recibiendo el servicio WIC? Si No</p>

<p>Si se usan ¿cuándo y cuanta formula? _____</p> <p><b>III. Alimentación con biberón/mamila:</b>          Nombre de la formula: _____          ¿Cuántas alimentaciones al día? (24 horas) _____          ¿Cuántas onzas en cada alimentación?          Regurgita: Si No Tiene gas: Si No          Problemas: _____          _____</p>	<p><b>3. Contracepción</b>          Método usado ahora: _____          Método de planificación: _____          Planes para espaciar los niños en la familia: _____</p> <p>Problemas: _____</p>
<p><b>IV. Eliminación/defecación/orina:</b>          Numero de pañales mojados al día (24 horas) _____          Numero de panales defecados al día (24 horas) _____</p>	<p><b>4. Eliminación/defecación/orina:</b>          Algún problema con la orina o defecación: _____          _____.</p>
<p><b>V. Bienestar General:</b>          ¿Como describiría a su bebé?          _____          _____.</p> <p>Mi bebé duerme bien Si No</p> <p>Mi bebé come, chupa/mama bien Si No</p> <p>Mi bebé puede oír los sonidos Si No</p> <p>Mi bebé me mira a mi cara Si No</p> <p>Mi bebé se queda quieto al oír mi voz, le gusta que lo cargue y lo arrope Si N</p> <p>Demuestre, si es necesario como interactúa con su bebé:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Entable el contacto visual</li> <li>Cárguelo en sus brazos, tóquelo y acarícelo; mécelo o acúnelo</li> <li>Háblele y cántele a su bebé</li> </ol>	<p><b>5. Bienestar General:</b>          ¿Como se está sintiendo? _____          ¿Como siente que estuvo el parto? ¿Todo salió como usted lo esperaba?          _____          _____</p> <p><b>Estado Emocional*</b>          Sentimientos sobre la maternidad: ¿Como se siente ser una madre?          _____          _____</p> <p>¿Qué tan bien cree que sus necesidades están siendo satisfechas?:          _____          _____</p> <p>¿Quiénes son las personas que la apoyan?          _____          _____</p> <p>¿Ha sentido alguno de estos sentimientos o emociones?          Feliz: Si No Infeliz/Triste: Si No Emocionada: Si No          Abrumada: Si No Duerme bien: Si No No puede dormir: Si No          Piensa en lastimarse a sí misma: Si No Lastimar al bebé: Si No          ¿Fatiga que previene el cuidado de su bebé o de usted misma? Si No</p>

<p>Señale a la mamá las características únicas de su bebé.</p> <p>VI. Observación, discusión, recursos:</p> <p><u>Cuna</u>: Ponerlo a dormir de espalda  <u>Seguridad</u>: no use cobijas/colchas/peluches  <u>Asiento de automóvil</u>: seguridad: posición, tamaño adecuado  <u>Alimentación</u>: No alimente al bebé con el biberón apoyado; use una posición adecuada  <u>Síndrome del Bebé Sacudido/Zarandeado</u>: Asigne un momento de pauta o descanso para ambos padres.</p> <p>Doctor/pediatra del bebé: _____  Próxima Cita: _____  Matriculado en EHS: Si No  Use el Retrato del Niño Saludable para establecer las metas para llevar al bebé y a usted misma al chequeo de 2 meses.</p>	<p>Comentarios: _____</p> <hr/> <p>6.Observacion y discusión:</p> <p>1. Observe la alimentación y el cuidado para infantes: + -</p> <p>2. Pregúntele a la mamá si los miembros de la familia ayudan a cuidar al bebé/infante. ¿Quién lo hace?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. Pregunte cuales son las fuentes de ingreso y si son adecuadas para cubrir las necesidades básicas de la familia para alimentos, vivienda y ropa.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Próximos pasos:</p> <p>Recursos necesarios:</p> <p>Planificación Familiar/Postparto: Si No</p> <p>Clases para los padres sobre la crianza de niños: Si No</p> <p>Transportación: Si No</p> <p>Dispensa de Medicaid para Servicios FP: Si No</p> <p>Apoyo para la lactancia: Si No</p>	<p>7. Tipo/condición de vivienda: + - Limpieza + -</p> <p>Numero de adultos viviendo en casa: Adultos: ____ Niños: ____</p> <p>¿Tiene los siguientes aparatos electrodomésticos que funcionan bien?: Estufa ____  Refrigerador ____ Agua potable ____ Plomería ____ y electricidad ____.</p> <p>Se fuma en casa: Si No En el carro: Si No</p> <p>Detector de humo: Si No detector de monóxido de carbón: Si No</p>