



Nombre _____ Fecha _____

Evaluación – 2 – 4 semanas de edad

	Si	No	Inseguro
1. ¿Tiene preocupaciones acerca de cómo ve su hijo/a?			
2. ¿Hay algún miembro de la familia o de contacto que ha tenido tuberculosis o una prueba de la tuberculina positiva?			
3. ¿Nació su hijo/a en un país de alto riesgo para la tuberculosis (países distintos de los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?			
4. ¿Ha viajado su hijo/a durante más de 1 semana a un país de alto riesgo para la tuberculosis (o tenido contacto con residentes de esas poblaciones)?			
5. ¿Ha habido algún cambio importante en su familia últimamente?			
6. ¿Esta su hijo/a alguna vez cerca del humo del tabaco?			
7. ¿Siente que tiene dificultades para proporcionar alimentos suficientes para alimentar a su familia?			

Desarrollo: ¿Su bebé hace lo siguiente?	Si	No	Inseguro
1. ¿Levanta su cabeza ligeramente cuando esta boca abajo?			
2. ¿Se fija en los rostros u objetos y sigue los movimientos con sus ojos?			

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza				