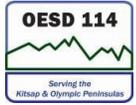




# RESUMEN DE VISITA DE DOS SEMANAS POSPARTO Y RECIÉN NACIDO



Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del recién nacido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Duración del nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de la siguiente cita con el médico: \_\_\_\_\_

## SALUD Y BIENESTAR MATERNO

**Comparta su historia de parto.** *(Duración del trabajo de parto, parto vaginal/cesárea, complicaciones, celebraciones, etc.)*

**¿A quién tiene como apoyo?** *(¿Cómo es ese apoyo?)*

**¿Cuánto está descansando?** *(Orientación: es importante descansar cuando el bebé duerme, si hay ayuda disponible, tómela).*

**Comparta sobre su actividad y niveles de energía.**

**¿Qué es lo que normalmente come y bebe cada día?** *(Orientación: es importante comer 3 comidas y 1-2 refrigerios, y beber muchos líquidos cada día, especialmente cuando amamanta. Revise la inscripción en WIC y SNAP, y consulte con el nutricionista si corresponde).*

**¿Tiene alguna inquietud sobre su recuperación física?** *(Sangrado, dolor, cicatrización por incisión, etc. Orientación: si hay inquietudes, consulte con el médico de la madre, recuerde sobre la capacidad de ir antes de las 6 semanas si tiene inquietudes; ofrezca ayuda para llamar si es necesario).*

**¿Tiene alguna inquietud sobre su recuperación emocional?** *(Orientación: si la madre tiene alguna preocupación sobre la recuperación posparto y/o el bienestar emocional, anímela a llamar al proveedor de salud primaria; ofrezca ayuda para llamar si es necesario).*

**¿Ha programado su cita posparto de 6 semanas con su proveedor de atención primaria de salud?**  Sí  No *Orientación: pregunte por cualquier dolor, el regreso al ejercicio y al sexo, bienestar emocional, lactancia materna, etc.*

**Fecha de cita programada:** \_\_\_\_\_

**¿Hay algo más que le gustaría compartir?**

## RESUMEN DE VISITA DE DOS SEMANAS POSPARTO Y RECIÉN NACIDO

### SALUD Y BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO

¿Qué es lo mejor de su nuevo bebé?

¿Cuál es la parte más desafiante de tener un recién nacido?

¿Cómo está alimentando al bebé?

Lactancia materna solamente  Alimentación con fórmula solamente  Combinación de ambas

Si es exclusivamente  
LACTANCIA MATERNA:

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo por mama? \_\_\_\_\_

¿Extracción?  Sí  No

¿Cuándo extrae la leche? \_\_\_\_\_

¿Alguna dificultad con la lactancia materna? (Pezones doloridos, acumulación de leche, presión/succión deficiente, producción de leche baja/excesiva, etc.) (Orientación: proporcione recursos de lactancia materna y remitir para el apoyo de lactancia según sea necesario)

Si se complementa con fórmula:

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuántas onzas? \_\_\_\_\_

Si es exclusivamente  
ALIMENTACIÓN CON  
FÓRMULA:

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuántas onzas por alimentación? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas onzas? \_\_\_\_\_

(Orientación: independientemente de cómo se esté alimentando al bebé, es importante que los recién nacidos sean alimentados a demanda. Proporcione recursos sobre el hambre y las señales de saciedad según sea necesario. Ofrezca orientación sobre cómo se proporciona la fórmula).

¿Cómo posiciona a su bebé para alimentarlo? (Orientación: proporcione información sobre posicionamiento, apoyo de botellas, etc. según sea necesario.)

¿Cuántos pañales cambia en un día aproximadamente?

Solo húmedos: \_\_\_\_\_

Heces: \_\_\_\_\_

(Orientación: los pañales deben cambiarse al menos de 6 a 10 veces en un periodo de 24 horas. Si el bebé a veces pasa varias horas con un pañal seco, anime a contactar al médico).

Comparta sobre cómo está durmiendo su bebé. (Horas de sueño, posición de sueño, tipo de ropa de cama, ubicación, etc.) (Orientación: revise las prácticas de sueño seguro y proporcione recursos según sea necesario).

¿Cuánto tiempo permanece despierto su bebé por momento? \_\_\_\_\_

¿Qué hace su bebé mientras está despierto? \_\_\_\_\_

¿Su bebé ya ha ido al médico?

Sí  No

¿Fecha de la cita? \_\_\_\_\_

¿Qué pasó en la visita? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha del próximo examen de control del niño sano de su bebé?

(Orientación: Si el bebé aún no ha sido atendido por un proveedor de atención médica o no tiene una cita programada, anime a los padres a que programen una lo antes posible y ayude a hacer la llamada si es necesario).

¿Con qué frecuencia limpia las encías de su bebé?

(Orientación: comparta la importancia del cuidado bucal temprano, incluida la transferencia de bacterias orales de adulto a bebé en chupetes, biberón, etc. y proporcione recursos según sea necesario).

¿Tiene alguna inquietud sobre el cuidado de su bebé o su salud general?

Enumere los recursos o derivaciones proporcionadas a la familia:

Llenado del formulario del personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_