

## Questionario para Recien Nacidos

Nombre de bebe: \_\_\_\_\_

Cuantas semanas tenias al dar a luz?  
\_\_\_\_\_semanas

Numero de hermanos/a tiene bebe?  
\_\_\_\_\_

Edades de hermanos/a:  
\_\_\_\_\_

Attendera el bebe una guarderia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Existe algun tipo de exposicion a la contaminacion ambiental? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Existe un historia familiar de asma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sera el bebe expuesto al umo de tobacco? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Peso el bebe menos de 5 libras 8 oncas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Has tenido partos de mejisos, trillicos, excetera? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Que tan lejos viven de un doctor?

-----

Algun otro factor de riesgo/historia clinica?

-----