LISTA DE CONTROL DE HOJAS
INFORMATIVA DE BEBE RECIEN NACIDO

Hoja Informativa #1:
Depresión Postnatal □ Desarrolló un sistema de apoyo para usted mismo.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #2:
SIDS* □ Revisó el ambiente del niño e hizo cambios.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #3:
Seguridad de Asiento de Coche □ El asiento en el coche fue inspeccionado por Safe Kids.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #4:
Desarrollo de Cerebro □ Mire el video, "Soy Su Niño."
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #5:
Hablar □ Hablo con su niño cada día.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #6:
Lectura □ Le leyó a su niño 20 minutos cada día.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #7:
Música. □ Escuchó el CD del Paquete de Bebé Recién Nacido.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #8:
Habilidad Motriz □ Identifico artículos de la casa para ayudar las habilidades motrices.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #9:
Los Dientes del Bebé □ Contactó al programa, "Mamá y Yo."
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #10:
Seguridad del Niño □ Instaló las cubiertas necesarias para las tomas de energía.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #11:
Inmunización □ Contactó al Circle of Success por la tarjeta de la inmunización.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

Hoja Informativa #12:
Guía de Recursos □ Revisó la guía de recursos con padres.
Revisado el _____ Por _____ Con_____
Fecha Proveedor de Asistencia Médica Padre/Madre

*Síndrome Repentino de Muerte de Niño (SIDS)