



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Para ayudarnos a atender las necesidades de su bebé, nos gustaría conocer el desarrollo del bebé. Marque las cosas que su bebé es capaz de hacer. Esta lista de control cubre varios meses, así que su bebé probablemente no haga todas las actividades enumeradas.

**Habilidades sociales**

- se tranquiliza cuando lo levantan
- la mira a la cara
- se tranquiliza cuando ve su cara o escucha su voz
- sonríe cuando ve su cara
- sonríe o gorjea cuando le hablan o lo tocan
- la mira cuando lo está alimentando
- \_\_\_\_\_

**Habilidades motrices gruesas**

- mueve la cabeza de un lado a otro cuando está acostado boca abajo
- intenta gatear con las piernas cuando está acostado boca abajo
- mueve la cabeza de un lado a otro cuando está de boca arriba
- cuando este sentado en los brazos de alguien, puede sostener la cabeza de 2 a 3 segundos
- pateo alternando las piernas
- levanta la cabeza para mirar alrededor cuando está acostado boca abajo
- se voltea de lado cuando está boca arriba
- \_\_\_\_\_

**Habilidades de lenguaje**

- mueve los ojos cuando escucha una voz o deja de hacer lo que está haciendo como de chupar
- llora cuando se siente incómodo
- hace sonidos como de gorjeo
- voltea la mirada hacia la voz
- llora de modo diferente para diferentes necesidades
- se ríe

**Cognición**

- se lleva la mano a la boca
- cambia de actividad o expresión facial ante el ruido
- mira el entorno
- mueve los brazos y las piernas
- \_\_\_\_\_

**Habilidades motrices finas**

- mira hacia la luz
- sigue su cara, moviendo la mirada de un lado a otro
- sigue su cara o un objeto brillante de arriba abajo con la mirada
- sostiene objetos o un dedo colocado en la mano
- mantiene las manos en forma de puño sin apretar
- \_\_\_\_\_

**Autoayuda**

- toma bien del biberón o del pecho
- duerme por intervalos de 4 a 10 horas
- \_\_\_\_\_

- ¿Hay algo más que quisiera contarnos acerca de su bebé?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Preguntas:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_