Taller del Sueño Seguro del Bebé

Formulario de Admisión

Por favor, tome un momento para escribir las respuestas. ***¡Gracias!***

El participante es… (escoge uno)

☐ Mama por primera vez
☐ Mama con otros hijo/as
☐ Papa del bebé
☐ Otro familiar o guardián
☐ Otro: (especifique)_____

Fecha:

Código Postal:

Nombre:

Fecha de nacimiento del participante: (mm/dd/aaaa)

Fecha de nacimiento/ vencimiento del bebé: (mm/dd/aaaa)

Teléfono:

Numero alterno:

Idioma preferido

☐ Ingles ☐ Ruso
☐ Español ☐ Hmong
☐ Otro:_____

Origen Étnico:

☐ Afroamericano
☐ Asiático/ Isleño del Pacífico
☐ Caucasiano/Blanco
☐ Latino/ Hispano
☐ Nativo Americano
☐ Multiétnico

¿Cómo se enteró del taller de Sueño Seguro del Bebé?

☐ TV/Radio/Periódico: _____
☐ Centro de Recursos Familiares/Trabajador social: _____

(especifique)

☐ Doctor/clínica: _____
☐ Volante:_____

1. ¿Dónde duerme su bebé, o donde planea poner su bebé a dormir? (Marque todo lo que aplica)

☐ Cama de adulto
☐ Asiento de carro o columpio
☐ Cuna/moisés/Cuna portátil
☐ Sofá/sillón
☐ Otro (especifique) _____

2. ¿Está utilizando una cuna/moisés/ o cuna portátil en su casa? ☐ Sí ☐ No

3. Nos gustaría saber algunas cosas más sobre cómo duerme (o planea dormir) a su bebé en su casa:

	Nunca	A veces	Siempre
a. ¿Con qué frecuencia duerme (o va a dormir) su bebé **con usted u otro adulto** en la misma cama?	☐	☐	☐
b. ¿Con qué frecuencia duerme (o va a dormir) su bebé **con otro bebé o niño** en la misma cama o cuna?	☐	☐	☐
c. ¿Con qué frecuencia pone (o va a poner) su bebé **boca arriba** cuando duerma?	☐	☐	☐
d. ¿Con qué frecuencia tiene (o va a tener) **cobijas en o alrededor de su bebé** cuando está durmiendo?	☐	☐	☐
e. ¿Con qué frecuencia tiene (o va a tener) **peluches o almohadas** alrededor de su bebé cuando está durmiendo?	☐	☐	☐
f. ¿Con qué frecuencia (o está planeando) **amamantar a su bebé**?	☐	☐	☐
g. ¿Con qué frecuencia su bebé está expuesto a (o estará expuesto) **al humo de cigarrillo?**	☐	☐	☐