

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

FDN: \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

# VISITA MÉDICA DE 1 MES

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Controlar la depresión materna también es parte de esta visita.** Muchas gracias.

### ¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy?  No  Sí, describa:

### CUÉNTENOS SOBRE SU BEBÉ Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más le entusiasma o encanta del bebé?

¿Su bebé tiene alguna necesidad especial?  No  Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida del bebé o en la de su familia?  No  Sí, describa:

¿Algún familiar de su bebé tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita?  No  Sí  No estoy segura  
Si la respuesta es sí o no estoy segura, describa:

¿Su bebé vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos?  No  Sí  
 No estoy segura

### EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL BEBÉ

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su bebé?  No  Sí, describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su bebé.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> La mira.   | <input type="checkbox"/> Produce sonidos cortos como "oh" y "ah".  | <input type="checkbox"/> Utiliza diferentes llantos para demostrar hambre o cansancio. |
| <input type="checkbox"/> La sigue con los ojos.   | <input type="checkbox"/> Presta atención cuando escucha sonidos inesperados.   | <input type="checkbox"/> Mueve ambos brazos y piernas juntos.                          |
| <input type="checkbox"/> Se calma a sí mismo haciendo cosas, como llevarse las manos a la boca. | <input type="checkbox"/> Hace silencio o gira cuando escucha su voz.   | <input type="checkbox"/> Sostiene la barbilla hacia arriba mientras está boca abajo.   |
| <input type="checkbox"/> Empieza a inquietarse cuando está aburrido.                            | <input type="checkbox"/> Muestra signos de estar susceptible con su entorno (como llorar o asustarse) o necesita asistencia adicional para manejar las actividades cotidianas. | <input type="checkbox"/> Abre un poco los dedos cuando descansa.                       |
| <input type="checkbox"/> Se calma cuando lo levantan o le hablan.                               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mira brevemente los objetos.   |  |  |

**VISITA MÉDICA DE 1 MES**

**FDN:** \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DE RIESGOS**

<b>Tuberculosis</b>	¿Su bebé o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy segura
	¿Estuvo su bebé en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy segura
	¿Está su bebé infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy segura
<b>Visión</b>	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy segura

**RECOMENDACIONES PREVENTIVAS**

**¿Cómo está usted, su bebé y su familia?**

**LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA**

<b>Condición de vida y seguridad alimenticia</b>			
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Posee los elementos necesarios para cuidar de su bebé, como una cuna, un asiento de seguridad para niños y pañales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Su casa, ¿tiene calefacción, agua caliente y electricidad suficientes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuenta con un seguro de salud para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Necesita ayuda para encontrar servicios de asistencia comunitaria, como WIC o cupones para alimentos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Tuvo problemas con el moho o la humedad en su hogar?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Si su hogar posee un sótano, ¿lo controló para ver si hay radón?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza pesticidas dentro o fuera de su hogar?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
<b>Violencia en la relación de pareja</b>			
¿Se siente segura siempre en su hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o al bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
<b>Consumo de alcohol o drogas por parte de la madre</b>			
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
<b>Asistencia familiar</b>			
¿Se siente cómoda para regresar al trabajo o a la escuela después del nacimiento del bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Hizo arreglos para el cuidado del bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

**SALUD Y RELACIONES FAMILIARES DE LA MADRE**

¿Se hizo el chequeo posparto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Su pareja u otros miembros de la familia, ¿ayudan a cuidar al bebé y con las tareas del hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si tiene hijos mayores, ¿se llevan bien con el bebé?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

**CUIDADOS DEL BEBÉ**

¿Duerme bien el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Usa chupete el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Puede distinguir lo que quiere el bebé por la manera en que llora?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Puede calmar al bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

**VISITA MÉDICA DE 1 MES**

**FDN:** \_\_\_\_\_

**CUIDADOS DEL BEBÉ (CONTINUACIÓN)**

¿Hay algún televisor, computadora, tableta o teléfono inteligente de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Coloca al bebé boca abajo durante períodos cortos cuando está despierto y con usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Asistencia médica después de hora en el hogar</b>		
¿Sabe tomar la temperatura rectal del bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe cuándo llamar al médico del bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Información general</b>		
¿Se alimenta bien su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le da algún suplemento, hierba, té especial o vitaminas al bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Alguna vez apoya el biberón en vez de sujetarlo o acuesta al bebé en la cama con un biberón?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Puede hacer eructar a su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Si está amamantando, responda estas preguntas.</b>		
Amamantar, ¿es incómodo o doloroso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Come alimentos ricos en proteínas (como huevos, carne magra, carne de aves, pescados o frijoles) todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Continúa tomando las vitaminas prenatales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Toma alguna medicación (ya sea de venta libre o con receta) o suplemento herbal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está dando gotas de vitamina D al bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.</b>		
¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo utilizar la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**SEGURIDAD**

<b>Seguridad en el automóvil y en el hogar</b>		
¿Se encuentra el bebé sujetado de manera segura en un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Coloca siempre una mano sobre el bebé cuando le cambia los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Dormir de manera segura</b>		
¿El bebé duerme boca arriba?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en una cuna?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en su habitación?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th Edition*

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



La información incluida en este cuestionario no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit, 2nd Edition*.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Previsit Questionnaire: 1 Month Visit*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.