

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

FDN: _____



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 12 MES

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están.
Responda todas las preguntas. 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 HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más le entusiasma o encanta de su hijo?

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

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

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

¿Su hijo vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? No Sí No estoy seguro/a

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SU HIJO

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

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Buscar objetos ocultos. | <input type="checkbox"/> Seguir una orden verbal que incluya un gesto. | <input type="checkbox"/> Tirar objetos en una taza. |
| <input type="checkbox"/> Imitar nuevos gestos. | <input type="checkbox"/> Dar los primeros pasos independientes. | <input type="checkbox"/> Levantar objetos pequeños con dos dedos a modo de pinza. |
| <input type="checkbox"/> Decir "Papá" o "Mamá" con significado. | <input type="checkbox"/> Pararse sin ayuda. | <input type="checkbox"/> Recoger la comida y comerla. |
| <input type="checkbox"/> Usar una palabra que no sea <i>mamá</i> , <i>papá</i> o nombres personales. | | |

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

FDN: _____

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Plomo	¿Su hijo vive o visita una casa o instalación de cuidado infantil con un peligro identificado de plomo o una casa construida antes de 1960 que está en malas condiciones o que fue renovada en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo 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 seguro/a
	¿Su hijo estuvo 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 seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento en su hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, pintura o yeso que se descascara, moho o humedad?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
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
Alcohol y drogas		
¿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
Conexiones sociales con familiares, amigos, cuidado infantil, personal del programa de visitas a domicilio y otros		
¿Tiene usted un cuidado infantil o un adulto en quien confíe para que cuide a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su cuidador acerca de sus pensamientos sobre la alimentación, el sueño, la disciplina y el uso de los medios de comunicación?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Participa en actividades fuera de su casa? Estas pueden ser programas sociales, religiosos, voluntarios o recreativos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

FDN: _____

CUIDADOS DE SU HIJO

Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre qué hacer cuando se enoja o se frustra con su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su familia dedica regularmente tiempo para leer, jugar y hablar juntos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Comen juntos en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene horarios regulares de comidas y bocadillos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a sentirse cómodo con gente nueva y situaciones nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene usted rutinas regulares para la hora de la siesta y la hora de acostarse para su hijo, como leer libros y cepillarse los dientes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hecho un plan de uso de los medios familiares para ayudarlo a equilibrar el uso de los medios con otras actividades familiares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ALIMENTAR AL NIÑO

¿Intenta su hijo alimentarse solo con una cuchara?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Bebe su hijo de una taza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le da a su hijo alimentos pequeños y duros como maní y palomitas de maíz?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le da a su hijo alimentos redondos como perros calientes, zanahorias crudas, uvas y tomates uva?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Incluye a su hijo en las comidas familiares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha comenzado a darle la leche de vaca a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo come verduras y frutas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Consume su hijo alimentos ricos en proteínas, como huevos, carne magra, pollo o pescado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida qué y cuánto comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

DIENTES SALUDABLES

¿Cepilla los dientes de su hijo con un poco de pasta dental con flúor 2 veces al día usando un cepillo de dientes suave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
--	--------------------------	--------------------------

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra su hijo 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
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está el colchón de la cuna de su hijo colocado en la posición más baja para evitar caídas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos sus enchufes eléctricos tienen cubiertas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los objetos afilados, las bolsas de plástico y los cables eléctricos o cuerdas de cortinas fuera del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad en el agua y el sol		
¿Siempre está al alcance de la mano de su hijo cuando está en la bañera?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en su casa o cerca de ella?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le pone un sombrero a su hijo y le pone protector solar cuando sale a la calle?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

FDN: _____

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Mascotas			
¿Tiene una mascota?		<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿interactúa su hijo con la mascota?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

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: 12 Month Visit*

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