



# CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

## VISITA MÉDICA DEL 15 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 la 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"/> Imitar los garabatos.   | <input type="checkbox"/> Usar 3 palabras que no sean nombres.                    | <input type="checkbox"/> Escalar algunos unos escalones.                                 |
| <input type="checkbox"/> Beber de la taza con poco derrame.  | <input type="checkbox"/> Hablar con sonidos que parecen un lenguaje desconocido. | <input type="checkbox"/> Correr.   |
| <input type="checkbox"/> Señalar para pedir algo o para obtener ayuda.   | <input type="checkbox"/> Seguir las instrucciones que no incluyen un gesto.      | <input type="checkbox"/> Hacer marcas con un lápiz de color.                             |
| <input type="checkbox"/> Mirar a su alrededor cuando dice cosas como "¿Dónde está tu pelota?" y "¿Dónde está tu manta?". | <input type="checkbox"/> Agacharse para recoger objetos.                         | <input type="checkbox"/> Dejar caer un objeto dentro y tomar el objeto de un contenedor. |

**VISITA MÉDICA DEL 15 MES**

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

**EVALUACIÓN DE RIESGOS**

<b>Anemia</b>	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Audición</b>	¿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
<b>Visión</b>	¿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?**

**HABLAR Y SENTIR**

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo demuestra alguna preocupación o temor al conocer gente nueva?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo señala algo que quiere y luego mira para ver si usted ve lo que está haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hace un gesto con la mano para decir "adiós"?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Habla, canta y mira libros con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

**RUTINAS Y PROBLEMAS DE SUEÑO**

¿Tiene su hijo una rutina regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo duerme bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas horas duerme su hijo? Durante el día _____ Durante la noche _____		
¿Tiene su hijo una manta, un peluche o un juguete con el que le gusta dormir?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene usted un televisor o un dispositivo conectado a Internet en la habitación de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**BERRINCHES Y DISCIPLINA**

¿Tiene su hijo berrinches frecuentes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si su hija está molesta, ¿le ayuda a distraerla usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pone usted límites a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted felicita a su hijo cuando se comporta bien?	<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

**DIENTES SALUDABLES**

¿Su hijo ha ido al dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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
¿Su hijo usa un biberón?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**VISITA MÉDICA DEL 15 MES**

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

**SEGURIDAD**

<b>Seguridad en el automóvil y en el hogar</b>		
¿Su hijo se encuentra 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
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<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
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento en todos los pisos de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Prueba las baterías una vez al mes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene un plan de escape de incendios?	<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: 15 Month Visit*

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