

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Completar en letra imprenta.

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

American Academy of Pediatrics



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están.  
Responda todas las preguntas. **Controlar el desarrollo del niño 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 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 DEL NIÑO

¿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"/> Orinar en un orinal o en el inodoro.   | <input type="checkbox"/> Usar pronombres como "yo", "él". y "nuestro", correctamente.                        | <input type="checkbox"/> Correr bien sin caerse.   |
| <input type="checkbox"/> Picar la comida con un tenedor.        | <input type="checkbox"/> Explicar las razones de las cosas, tales como necesitar un suéter cuando hace frío. | <input type="checkbox"/> Copiar una línea vertical.  |
| <input type="checkbox"/> Lavarse y secarse las manos.           | <input type="checkbox"/> Nombrar al menos un color.  | <input type="checkbox"/> Sujetar un crayón con el pulgar y los dedos de la mano en lugar de los puños. |
| <input type="checkbox"/> Jugar a fingir con juguetes o muñecas. | <input type="checkbox"/> Subir los escalones, usando un pie, luego el otro.                                  | <input type="checkbox"/> Atrapar pelotas grandes.  |
| <input type="checkbox"/> Pedirle que mire diciendo, "¡Mírame!"  |  |  |

**VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO**

**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>Salud bucal</b>	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿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
<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
	¿Su hijo tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	<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?**

**RUTINAS FAMILIARES**

¿Su familia come junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene usted una rutina regular a la hora de acostarse para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Alienta el ejercicio familiar, como caminar, nadar, bailar o andar en bicicleta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia va junta a museos, zoológicos y otros lugares educativos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Participan usted y su pareja en actividades sociales? ¿Comparte actividades con amigos, lejos de la familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos en su familia siguen las mismas rutinas y establecen los mismos límites para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

**APRENDER A HABLAR Y COMUNICARSE**

¿Le lee a su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo y le da tiempo suficiente para que responda?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Escucha usted cuidadosamente a su hijo y, si es necesario, le ofrece las palabras adecuadas para ayudarlo a asegurarse de que sea entendido?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se frustra su hijo cuando otros no pueden entender lo que dice?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS**

¿Su hijo juega con otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Permite que su hijo tome decisiones como qué ropa ponerse, qué comer y qué libros leer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	

**VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO**

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

**LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS (CONTINUACIÓN)**

Si su hijo utiliza los medios de comunicación, ¿observa usted los programas que su hijo ve o la actividad que realiza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

**PREPARARSE PARA EL PREESCOLAR**

¿Tiene planes para el cuidado de niños o preescolar en el próximo año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo es parte de un grupo de juego regular?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le lee libros a su hijo sobre cómo prepararse para la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está fomentando el entrenamiento para ir al baño?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Felicit a su hijo cuando trata de usar el orinal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

**SEGURIDAD**

<b>Seguridad en el automóvil y en el hogar</b>		
¿Se encuentra su hijo sujetado de manera segura en un asiento de seguridad 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
¿Tiene un detector de humo que funcione en todos los niveles 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 emergencia en caso de incendio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los fósforos 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, las parrillas, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Seguridad al aire libre</b>		
Cuando su hijo juega afuera, ¿se asegura de que permanezca dentro de las vallas y puertas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa su hijo un casco de bicicleta cuando anda en un triciclo, en un remolque para bicicletas o en el asiento en la bicicleta de un adulto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, caminos de entrada y calles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le ha enseñado a su hijo a tener cuidado con los perros, especialmente si están comiendo o no los conoce?	<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
¿Siempre le pone protector solar a su hijo cuando juega afuera?	<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: 2 1/2 Year Visit*

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