



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

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 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"/> Ir al baño y orinar sola.                             | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 75% de lo que dice.            | <input type="checkbox"/> Pedalear un triciclo.  |
| <input type="checkbox"/> Ponerse un abrigo, una chaqueta o una camisa él solo. | <input type="checkbox"/> Contarle una historia de un libro o la televisión.                             | <input type="checkbox"/> Subirse y bajarse de un sofá o de una silla.                 |
| <input type="checkbox"/> Comer sola.   | <input type="checkbox"/> Comparar las cosas usando palabras como <i>más grande</i> y <i>más corto</i> . | <input type="checkbox"/> Saltar hacia adelante.                                       |
| <input type="checkbox"/> Comenzar a jugar a fingir.                            | <input type="checkbox"/> Comprender preposiciones simples, como <i>sobre</i> o <i>debajo</i> .          | <input type="checkbox"/> Dibujar un círculo simple.                                   |
| <input type="checkbox"/> Jugar y compartir con los demás.                      |   | <input type="checkbox"/> Dibujar a una persona con la cabeza y otra parte del cuerpo. |
| <input type="checkbox"/> Usar oraciones de 3 palabras.                         |   | <input type="checkbox"/> Cortar con tijeras para niños.                               |

**VISITA MÉDICA DEL 3 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>Plomo</b>	¿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
<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>Tuberculosis</b>	¿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

**RECOMENDACIONES PREVENTIVAS**

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

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

<b>Condición de vida y seguridad alimenticia</b>		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<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
<b>Alcohol y drogas</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>Interacciones familiares positivas</b>		
¿Son los miembros de su familia cariñosos y afectuosos entre sí?	<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 maneras de manejar la ira de manera constructiva y resolver disputas en su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos los que cuidan a su hijo establecen los mismos límites para él?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Permite que su hijo tome decisiones, como qué ropa ponerse o qué libros leer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Cuidarse</b>		
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siente que es capaz de equilibrar la familia y el trabajo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

**VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO**

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

**JUGAR CON HERMANOS Y COMPAÑEROS**

¿Participa su hijo en juegos de fantasía con muñecas, animales de juguete o bloques?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo cosas que ambos disfrutan?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños (por ejemplo, en citas de juego y en el preescolar)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando su hijo juega con otros niños, ¿lo ayuda a aprender a turnarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si tiene otros hijos, ¿se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Está esperando o pensando en tener otro hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**LEER Y HABLAR CON SU HIJO**

¿Lee, canta canciones o juega juegos de palabras con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando leen juntos, ¿le hacen preguntas a su hijo sobre los dibujos o la historia del libro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Anima a su hijo a que le hable de su día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia habla más de un idioma en casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**COMER BIEN Y SER ACTIVO**

<b>Alimentos nutritivos</b>		
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo la mayoría de los días?	_____ onzas	
¿Le ofrece a su hijo una variedad de alimentos, incluyendo vegetales, frutas y alimentos ricos en proteínas, como carne y huevos, pollo o pescado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Promoción de la actividad física y limitación de la televisión</b>		
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	<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	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿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

**SEGURIDAD**

<b>Seguridad en el automóvil y en el hogar</b>		
¿Su hijo se encuentra 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
¿Tiene algún problema con el asiento para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿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
¿Corta alimentos como uvas y perros calientes en trozos pequeños para evitar ahogarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo en una entrada o cerca de la calle?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿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
<b>Seguridad en el agua</b>		
¿Hay piscinas cerca de su casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Se mantiene siempre al alcance de la mano de su hijo cuando está en el agua o cerca de ella?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Mascotas</b>		
¿Tiene una mascota?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

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

## VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

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

### SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<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: 3 Year Visit*

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