

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

American Academy of Pediatrics

FDN: _____



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 6 MES

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **La evaluación de la depresión materna y la evaluación de riesgos de salud oral también son 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 seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, 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 seguro/a

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL BEBÉ

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

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dar palmadas o sonreír a su reflejo. | <input type="checkbox"/> Voltearse de boca arriba a boca abajo. | <input type="checkbox"/> Pasar un juguete de una mano a otra. |
| <input type="checkbox"/> Mirar cuando lo llama por su nombre. | <input type="checkbox"/> Sentarse brevemente sin ayuda. | <input type="checkbox"/> Rastrillar objetos pequeños con 4 dedos. |
| <input type="checkbox"/> Balbucear. | <input type="checkbox"/> Hacer sonidos como "ga", "ma" y "ba". | <input type="checkbox"/> Golpear objetos pequeños contra una superficie. |

VISITA MÉDICA DEL 6 MES

FDN: _____

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Plomo	¿Su bebé 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 bebé contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿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 seguro/a
	¿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 seguro/a
	¿Está su bebé 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 bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su bebé parecen inusuales o cruzados?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su bebé 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 bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su bebé y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿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 suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<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	
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	
Relaciones familiares y apoyo			
¿Tiene personas a las que puede acudir cuando necesita ayuda con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuenta con cuidado infantil o una persona confiable para cuidar a su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

CUIDADOS DEL BEBÉ

El desarrollo de su bebé			
¿Su bebé está aprendiendo cosas nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su bebé se está adaptando a nuevas situaciones, personas y lugares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su bebé tiene maneras de decirle que es lo que quiere y necesita?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su bebé responde cuando miran juntos los libros?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Su bebé 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	

VISITA MÉDICA DEL 6 MES

FDN: _____

CUIDADOS DEL BEBÉ (CONTINUACIÓN)

El desarrollo de su bebé (continuación)		
¿Su bebé tiene un horario diario regular para alimentarse, tomar siestas, jugar y dormir?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su bebé está aprendiendo a dormir solo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Puede su bebé calmarse a sí mismo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene maneras de ayudar a su bebé a calmarse si no puede hacerlo por sí mismo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

DIENTES SALUDABLES

¿Le da a su bebé un biberón en su cuna?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
---	--------------------------	--------------------------

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general		
¿Qué le está dando de comer a su bebé? Marque todas las que correspondan: _____ Leche materna _____ Fórmula _____ Ambos		
¿Le está dando de comer a su bebé alguna bebida o alimento además de la leche materna o la fórmula? Marque todas las que correspondan: ___ Agua ___ Jugo ___ Cereal ___ Carnes ___ Frutas ___ Verduras ___ Otros alimentos		
¿Su bebé le avisa cuando le gustan o no los nuevos alimentos que usted ha introducido?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Lava las verduras y las frutas antes de servirlos a su bebé y a su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si está amamantando, responda estas preguntas.		
¿Piensa continuar?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene preguntas sobre cómo extraer y almacenar la leche materna?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Todavía le está dando a su bebé gotas de vitamina D y gotas de hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.		
¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta o preocupación sobre la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

SEGURIDAD

Información general		
¿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
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene barreras alrededor de calentadores, estufas de leña y calentadores de querosene?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le pone un sombrero a su bebé y le pone protector solar cuando sale a la calle?	<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 bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre está al alcance de la mano de su bebé cuando está en la bañera?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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 una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dormir de manera segura		
¿Sigue acostando a su bebé boca arriba para dormir?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en una cuna?	<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>.

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: 6 Month Visit*

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

American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®