

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

FDN: _____

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 9 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 del desarrollo infantil 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 la 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"/> Usar gestos básicos, como sostener sus brazos levantados para que la levanten o saludar con la mano. | <input type="checkbox"/> Mirar a su alrededor cuando dice cosas como "¿Dónde está tu biberón?" y "¿Dónde está tu manta?". | <input type="checkbox"/> Gatear con las manos y las rodillas. |
| <input type="checkbox"/> Buscar objetos caídos. | <input type="checkbox"/> Copiar los sonidos que hace. | <input type="checkbox"/> Recoger la comida y comerla. |
| <input type="checkbox"/> Realizar juegos como peekaboo y palmaditas. | <input type="checkbox"/> Sentarse bien sin ayuda. | <input type="checkbox"/> Levantar objetos pequeños con 3 dedos y un pulgar. |
| <input type="checkbox"/> Voltarse constantemente cuando llaman su nombre. | <input type="checkbox"/> Ponerse de pie. | <input type="checkbox"/> Soltar objetos a propósito. |
| <input type="checkbox"/> Decir "Papá" o "Mamá". | <input type="checkbox"/> Moverse fácilmente entre sentarse y acostarse. | <input type="checkbox"/> Golpear objetos juntos. |

VISITA MÉDICA DEL 9 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
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

¿Se siente segura siempre en su hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o al bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha desarrollado rutinas u otras formas de cuidar de sí mismo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Tiene usted una rutina regular a la hora de acostarse para su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se despierta durante la noche?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su bebé está aprendiendo cosas nuevas?	<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
¿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
¿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

DISCIPLINA

¿Están de acuerdo usted y su pareja en cómo manejar el comportamiento de su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Limita el uso del "No" a las cuestiones más importantes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si usted tiene otros niños, ¿les permite ayudar con el bebé tanto como pueda?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ALIMENTAR AL BEBÉ

¿Su bebé se alimenta sola?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Bebe su bebé de una taza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Deja que su bebé decida qué y cuánto comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Le da a su bebé alimentos con diferentes texturas (como hechos puré, licuados, pisados, picados o en grumos)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si está amamantando, ¿está planeando continuar?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 9 MES

FDN: _____

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿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 hábito o recordatorio que le impida dejar a su bebé en el auto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su bebé alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	<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
¿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
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su bebé 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>.

