

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

¿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:

¿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.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Buscar objetos ocultos. | ☐ Seguir una orden verbal que incluya un gesto. | ☐ Tirar objetos en una taza. |
| ☐ Imitar nuevos gestos. | ☐ Dar los primeros pasos independientes. | ☐ Levantar objetos pequeños con dos dedos a modo de pinza. |
| ☐ Decir "Papá" o "Mamá" con significado. | ☐ Pararse sin ayuda. | ☐ Recoger la comida y comerla. |
| ☐ Usar una palabra que no sea <i>mamá</i> , <i>papá</i> o nombres personales. | | |

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Plomo	¿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?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿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)?	☐ No	☐ Sí	☐ 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?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a

CUIDADOS DE SU HIJO

Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	☐ Sí	☐ No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene alguna pregunta sobre qué hacer cuando se enoja o se frustra con su hijo?	☐ No	☐ Sí
¿Su familia dedica regularmente tiempo para leer, jugar y hablar juntos?	☐ Sí	☐ No
¿Comen juntos en familia?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene horarios regulares de comidas y bocadillos?	☐ Sí	☐ No
¿Ayuda a su hijo a sentirse cómodo con gente nueva y situaciones nuevas?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene usted rutinas regulares para la hora de la siesta y la hora de acostarse para su hijo, como leer libros y cepillarse los dientes?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	☐ No	☐ Sí
¿Ha hecho un plan de uso de los medios familiares para ayudarlo a equilibrar el uso de los medios con otras actividades familiares?	☐ Sí	☐ No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra su hijo sujetado de manera segura en un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	☐ No	☐ Sí
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	☐ Sí	☐ No
¿Está el colchón de la cuna de su hijo colocado en la posición más baja para evitar caídas?	☐ Sí	☐ 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 hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Todos sus enchufes eléctricos tienen cubiertas?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene los objetos afilados, las bolsas de plástico y los cables eléctricos o cuerdas de cortinas fuera del alcance de su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	☐ Sí	☐ No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	☐ Sí	☐ No
Seguridad en el agua y el sol		
¿Siempre está al alcance de la mano de su hijo cuando está en la bañera?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en su casa o cerca de ella?	☐ No	☐ Sí
¿Le pone un sombrero a su hijo y le pone protector solar cuando sale a la calle?	☐ Sí	☐ No