

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 2 MES

¿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 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.

- Devolver la sonrisa. Hacer sonidos de arrullo cortos. Sostener su barbilla hacia arriba cuando está boca abajo.
- Hacer sonidos que le hagan saber que él es feliz o que está molesto. Mover los brazos y piernas juntos. Abrir y cerrar las manos.

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
---------------	--	--------------------------	--------------------------	---

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 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
¿Siempre está al alcance de la mano cuando su bebé está en el agua o cerca de ella?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre las cosas que puede hacer para mantener a su bebé a salvo en casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dormir de manera segura		
¿El bebé duerme boca arriba?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en una cuna?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en su habitación?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Durante las pasadas 2 semanas, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido afectada por alguno de los siguientes problemas?

- 1. Poco interés o placer en hacer las cosas Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
- 2. Se siente decaída, deprimida o desconsolada Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días