

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

¿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 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.

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Jugar con otros niños y expresar interés en su juego. | ☐ Seguir una instrucción de 2 pasos (como "Levántalo y guárdalo"). | ☐ Correr con coordinación. |
| ☐ Quitarse algo de ropa. | ☐ Nombrar al menos 5 partes del cuerpo. | ☐ Subir por una escalera en un patio de recreo. |
| ☐ Recoger bien con una cuchara. | ☐ Hablar para que los extraños puedan entender el 50% de lo que dice. | ☐ Apilar objetos. |
| ☐ Usar 50 palabras. | ☐ Patear una pelota. | ☐ Pasar las páginas del libro. |
| ☐ Combinar 2 palabras en una frase corta u oración. | ☐ Saltar del suelo con los dos pies. | ☐ Usa sus manos para girar objetos. |
| | | ☐ Dibujar líneas. |

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Su hijo tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
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	¿Su hijo tiene un dentista?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
	¿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

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿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
¿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?	☐ Sí	☐ No
Seguridad al aire libre		
¿Siempre usa su hijo un casco de bicicleta cuando anda en un triciclo, en un remolque para bicicletas o en el asiento en la bicicleta de un adulto?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, caminos de entrada y calles?	☐ Sí	☐ No
¿Vive cerca de alguna piscina, jacuzzi o spa?	☐ No	☐ Sí
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	☐ No	☐ Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	☐ Sí	☐ No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	☐ Sí	☐ No