☐ Pedalear un triciclo.

☐ Subirse y bajarse de un sofá o de una

O No

O No

O No

O Sí

O Sí

O Sí

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO



O No estoy

O No estoy

O No estoy

seguro/a

seguro/a

seguro/a

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? O No O Sí, describa:

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la entusiasma o encanta de su hijo?

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

☐ Ir al baño y orinar sola.

camisa él solo.

Tuberculosis

☐ Ponerse un abrigo, una chaqueta o una

¿Su hijo vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? O No O Sí O No estoy seguro/a

☐ Hablar para que los extraños puedan

entender el 75% de lo que dice.

☐ Contarle una historia de un libro o la

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo? O No O Sí, describa:

□ Comer sola.□ Comenzar a jugar a fingir.□ Jugar y compartir con los demás.□ Usar oraciones de 3 palabras.		televisión. Comparar las cosas usando palabras como <i>más grande</i> y <i>más corto</i> . Comprender preposiciones simples, como <i>sobre</i> o <i>debajo</i> .	 □ Saltar hacia adelante. □ Dibuja un círculo simple. □ Dibujar a una persona con la cabeza y otra parte del cuerpo. 			
			☐ Cortar con tijeras para niños.			
		EVALUACIÓN DE RIESGOS				
Anemia	¿La dieta de su hijo incluye fortificados con hierro o frijo	e alimentos ricos en hierro, como carne, cerea oles?	ales	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna	vez por poner comida en la mesa?		O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud so	bre cómo escucha su hijo?		O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud so	bre cómo habla su hijo?		O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Plomo	identificado de plomo o una	asa o instalación de cuidado infantil con un p a casa construida antes de 1960 que está en vada en los últimos 6 meses?	•	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?			O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua princip	al de su hijo contiene fluoruro?		O Sí	O No	O No estoy seguro/a

¿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)?

¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de

tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?

¿Su hijo está infectado con VIH?

JUGAR CON HERMANOS Y COMPAÑEROS

¿Participa su hijo en juegos de fantasía con muñecas, animales de juguete o bloques?	O Sí	O No				
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo cosas que ambos disfrutan?	O Sí	O No				
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños (por ejemplo, en citas de juego y en el preescolar)?	O Sí	O No				
Cuando su hijo juega con otros niños, ¿lo ayuda a aprender a turnarse?	O Sí	O No				
Si tiene otros hijos, ¿se llevan bien entre ellos?	C O Sí	O No				
Promoción de la actividad física y limitación de la televisión						
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	O Sí	O No				
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	O Sí	O No				
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?						
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	O No	O Sí				
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?						

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?		O No
¿Tiene algún problema con el asiento para niños?	O No	O Sí
¿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?	O Sí	O No
¿Corta alimentos como uvas y perros calientes en trozos pequeños para evitar ahogarse?	O Sí	O No
¿Juega su hijo en una entrada o cerca de la calle?	O No	O Sí
¿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).	O Sí	O No
Seguridad en el agua		
¿Hay piscinas cerca de su casa?	O No	O Sí
¿Se mantiene siempre al alcance de la mano de su hijo cuando está en el agua o cerca de ella?	O Sí	O No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	O Sí	O No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	O No	O Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	O Sí	O No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	O No	O Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	O Sí	O No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	O Sí	O No