

American Academy of Pediatrics



# CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 4 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.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reírse en voz alta.                                     | <input type="checkbox"/> Voltearse hacia las voces.                                   | <input type="checkbox"/> Voltearse de boca abajo a boca arriba.            |
| <input type="checkbox"/> Buscarlo a usted o a otro cuidador cuando está molesto. | <input type="checkbox"/> Hacer sonidos de arrullo prolongados.                        | <input type="checkbox"/> Mantener sus manos abiertas, no cerradas en puño. |
|  | <input type="checkbox"/> Sostenerse sobre sus codos y muñecas cuando esté boca abajo. | <input type="checkbox"/> Jugar con sus dedos.                              |
|  |   | <input type="checkbox"/> Agarrar objetos.                                  |

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

<b>Anemia</b>	¿Su bebé está tomando algo que no sea leche materna o fórmula fortificada con hierro?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Audición</b>	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Visión</b>	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

## LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

### Situación de vida

¿Está usted o cualquier otra persona en su casa expuesta a sustancias nocivas, como el plomo? Esto puede ocurrir en un entorno de trabajo como la construcción, la agricultura o el trabajo en fábricas.  No  Sí

### 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 alguna pregunta sobre qué hacer cuando su bebé supere el tamaño de su asiento de seguridad actual?	<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
¿Alguna vez bebe o transporta líquidos calientes (como té o café) cuando sostiene a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Coloca siempre una mano sobre el bebé cuando le cambia los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

#### Dormir de manera segura

¿Tiene alguna dificultad para hacer que su bebé duerma boca arriba?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha movido el colchón de su cuna a la posición más baja para evitar caídas?	<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

