American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO



¿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?

¿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**

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

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

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

☐ Ir al baño y tener una evacuación intestinal por sí mismo.	□ Hablar para que los extraños puedan entender el 100% de lo que	☐ Subir las escaleras, usando un pie, luego el otro, sin apoyo.
☐ Vestirse y desvestirse sin demasiada ayuda.	ella dice.	☐ Dibujar a una persona con al menos 3
☐ Jugar a fingir.	☐ Hacer dibujos que usted reconozca.	partes del cuerpo.
☐ Responder a preguntas como "¿Qué haces	☐ Seguir reglas simples cuando juega	☐ Dibujar una simple cruz.
cuando tienes frío?" y "¿Cuándo tienes	juegos de mesa o cartas.	☐ Desabotonar y abotonar botones de
sueño?".	☐ Contarle una historia de un libro.	tamaño medio.
☐ Usar oraciones de 4 palabras.	☐ Saltar con un solo pie.	☐ Agarrar un lápiz con el pulgar y los dedos en lugar del puño.

EVALUACIÓN DE RIESGOS ¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados O No estoy O Sí O No con hierro o frijoles? seguro/a Anemia ¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa? O No estoy O No O Sí seguro/a ¿Su hijo tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un O No estoy O No O Sí problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)? seguro/a Dislipidemia ¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o O No estoy O No O Sí más) o que está tomando medicamentos para el colesterol? seguro/a ¿Su hijo vive o visita una casa o instalación de cuidado infantil con un peligro O No estoy **Plomo** identificado de plomo o una casa construida antes de 1960 que está en malas O No O Sí seguro/a condiciones o que fue renovada en los últimos 6 meses? ¿Su hijo tiene un dentista? O No estoy O Sí O No seguro/a Salud bucal ¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro? O No estoy O Sí O No seguro/a ¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la O No estoy O No O Sí tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)? seguro/a ¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de O No estoy **Tuberculosis** O No O Sí tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis? seguro/a ¿Su hijo está infectado con VIH? O No estoy O Sí O No seguro/a

Oportunidades para socializar con otros niños		
¿Está su hijo interesado en otros niños?	O Sí	O No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños en grupos de juego o en el preescolar?		
¿Tiene su hijo un mejor amigo?		
¿Felicita a su hijo cuando es bueno o ha terminado una tarea?	O Sí	O No
Programas de infancia temprana y preescolar		
¿Asiste su hijo al preescolar?	O Sí	O No
¿Está contento con los arreglos de cuidado de niños o preescolar?	O Sí	O No
¿Visita usted el preescolar de su hijo y participa en actividades allí?	O Sí	O No
Preparación para la escuela	_	
¿Tiene alguna preocupación acerca de que su hijo comience la escuela el próximo año?	O No	O Sí
¿Está haciendo algo para preparar a su hijo para el preescolar? Esto podría incluir leer juntos e ir a la biblioteca, al parque, al zoológico y a otros lugares. LIMITAR LA TELEVISIÓN Y PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA	O Sí	O No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?		_ horas
¿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?	O Sí	O No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	O Sí	O No
¿Su hijo juega con otros niños?	O Sí	O No
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque? SEGURIDAD	O Sí	O No
Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo está bien sujeto en un asiento de seguridad para automóvil o en un asiento elevado con cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez que viaja en un vehículo?	O Sí	O 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?	O Sí	O No
Seguridad al aire libre		
¿Usted vigila de cerca a su hijo cuando juega afuera, especialmente cerca de las calles y los caminos de entrada?	O Sí	O No
¿Hay piscinas en su vecindario?	O No	O Sí
¿Está planeando que su hijo aprenda a nadar?	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
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	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