NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

Bright Futures™

¿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.

- ☐ Está empezando a saltar.
- ☐ Caminar en puntas de pie cuando se le pide.
- ☐ Atrapar una pelota que rebota con 2 manos.
- ☐ Copiar un triángulo.
- ☐ Dibujar una persona de 6 partes.
- ☐ Copiar el nombre de pila.
- ☐ Cortar bien con tijeras.
- ☐ Untar con un cuchillo.
- ☐ Vestirse y desvestirse sin ayuda.
- ☐ Orinar y tener una evacuación intestinal por su cuenta.
- ☐ Está seco durante todo el día.
- ☐ Contar una historia de 2 frases o más.
- ☐ Siga las instrucciones para 4 preposiciones individuales, tales como *sobre, debajo, detrás* y *delante de.*
- ☐ Jugar e interactuar con los compañeros.
- ☐ Contestar las preguntas de "por qué".
- ☐ Contar 5 objetos.
- ☐ Nombrar 3 o más números individuales.
- ☐ Nombrar 4 o más letras en orden alfabético.
- ☐ Escribir 2 o más letras.

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
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

REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES

¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	○ Sí	○ No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	○ Sí	○ No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	○ Sí	○ No
¿Le hace saber a su hijo cuándo se está portando bien?	○ Sí	○ No
¿Tiene su hijo problemas para lidiar con los sentimientos de enojo?	○ No	○ Sí
¿Ayuda a su hijo a controlar su ira?	○ Sí	○ No

ESCUELA

¿Su hijo asistió a un programa preescolar?		O Sí	O No
¿Su hijo ha comenzado la escuela primaria?		O Sí	O No
¿Tiene alguna preocupación sobre la experiencia escolar de su hijo?	O N/C	O No	O Sí
¿Puede usted asistir a actividades o funciones en la escuela de su hijo?	O N/C	O Sí	O No
¿Está su hijo involucrado en actividades después de la escuela?	O N/C	O Sí	O No
¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?		O No	O Sí
Actividad física			
¿Está su hijo físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.		O Sí	O No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphone (sin contar las tareas escolares)?		_____ 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
¿Su hijo tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?		O No	O Sí
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?		O Sí	O No

SEGURIDAD

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		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	O Sí	O No
¿Conoce su hijo hábitos de seguridad en la calle, como detenerse en la acera, mirar a ambos lados y nunca cruzar la calle sin un adulto?	O Sí	O No
¿Su hijo sabe nadar?	O Sí	O No
¿Su hijo sabe que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	O Sí	O No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	O Sí	O No
Seguridad contra incendios en el hogar		
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento instalados en todos los niveles de su casa?	O Sí	O No
¿Tiene detectores/alarmas de monóxido de carbono en su casa?	O Sí	O No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	O Sí	O No
¿Sabe su hijo qué hacer si suena la alarma de incendio?	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
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	O Sí	O No
Daños por parte de los adultos		
¿Le ha enseñado a hija que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	O Sí	O No
¿Sabe su hija que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes privadas?	O Sí	O No