American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 6 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.

- ☐ Dar palmadas o sonreír a su reflejo.
- ☐ Mirar cuando lo llama por su nombre.
- ☐ Balbucear.
- ☐ Voltearse de boca arriba a boca abajo.
- ☐ Sentarse brevemente sin ayuda.
- ☐ Hacer sonidos como "ga", "ma" y "ba".
- ☐ Pasar un juguete de una mano a otra.
- ☐ Rastrillar objetos pequeños con 4 dedos.
- ☐ Golpear objetos pequeños contra una superficie.

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Plomo	¿Su bebé 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	¿La fuente de agua principal de su bebé contiene fluoruro?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su bebé 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
	¿Estuvo su bebé 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
	¿Está su bebé infectado con VIH?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a

SEGURIDAD

Información general		
¿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?	○ Sí	○ No
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	○ No	○ Sí
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	○ Sí	○ No
¿Tiene barreras alrededor de calentadores, estufas de leña y calentadores de querosene?	○ Sí	○ No
¿Le pone un sombrero a su bebé y le pone protector solar cuando sale a la calle?	○ Sí	○ No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su bebé?	○ Sí	○ No
¿Siempre está al alcance de la mano de su bebé cuando está en la bañera?	○ Sí	○ No
¿Coloca siempre una mano sobre el bebé cuando le cambia los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama?	○ Sí	○ No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	○ Sí	○ No
Dormir de manera segura		
¿Sigue acostando a su bebé boca arriba para dormir?	○ Sí	○ No
¿El bebé duerme en una cuna?	○ Sí	○ No

CUIDADOS DEL BEBÉ

El desarrollo de su bebé		
¿Su bebé está aprendiendo cosas nuevas?	○ Sí	○ No
¿Su bebé se está adaptando a nuevas situaciones, personas y lugares?	○ Sí	○ No
¿Su bebé tiene maneras de decirle que es lo que quiere y necesita?	○ Sí	○ No
¿Su bebé responde cuando miran juntos los libros?	○ Sí	○ No
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	○ No	○ Sí
¿Su bebé ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	○ No	○ Sí

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

Adaptado con permiso de "Identificación eficiente de adultos con depresión y demencia", 9/15/2004, *American Family Physician* Derechos Reservados ® 2004 Academia Americana de Médicos de Familia. Todos los derechos reservados.