

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Completar en letra imprenta.

FECHA: \_\_\_\_\_

American Academy of Pediatrics



# CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

## ¿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"/> Mantenerse despierto durante un corto tiempo para alimentarse.                | <input type="checkbox"/> Calmarse con la voz de un adulto.   | <input type="checkbox"/> Mover los brazos y las piernas al mismo tiempo cuando se asusta. |
| <input type="checkbox"/> Hacer un breve contacto visual con un adulto cuando se lo sostiene en brazos. | <input type="checkbox"/> Levantarse y girar la cabeza hacia un lado brevemente cuando esté boca abajo. | <input type="checkbox"/> Mantener sus manos cerradas en puño.                             |
| <input type="checkbox"/> Llorar cuando se siente incómoda.   |  |   |

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
--------	--	--------------------------	--------------------------	---

## 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 algún problema con el asiento de seguridad para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha comenzado a desarrollar hábitos que le ayudarán a evitar que se olvide de su bebé en el auto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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
Dormir de manera segura		
¿El bebé duerme boca arriba?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en una cuna?	<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    | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Varios días | <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| 2. Se siente decaída, deprimida o desconsolada | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Varios días | <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días | <input type="checkbox"/> Casi todos los días |

