

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están.
Responda todas las preguntas. Muchas gracias.

¿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 tiene alguna necesidad especial? No Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su hijo o en la de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar de su hijo tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? No Sí No estoy seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿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.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ir al baño y orinar sola. | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 75% de lo que dice. | <input type="checkbox"/> Pedalear un triciclo. |
| <input type="checkbox"/> Ponerse un abrigo, una chaqueta o una camisa él solo. | <input type="checkbox"/> Contarle una historia de un libro o la televisión. | <input type="checkbox"/> Subirse y bajarse de un sofá o de una silla. |
| <input type="checkbox"/> Comer sola. | <input type="checkbox"/> Comparar las cosas usando palabras como <i>más grande</i> y <i>más corto</i> . | <input type="checkbox"/> Saltar hacia adelante. |
| <input type="checkbox"/> Comenzar a jugar a fingir. | <input type="checkbox"/> Comprender preposiciones simples, como <i>sobre</i> o <i>debajo</i> . | <input type="checkbox"/> Dibujar un círculo simple. |
| <input type="checkbox"/> Jugar y compartir con los demás. | | <input type="checkbox"/> Dibujar a una persona con la cabeza y otra parte del cuerpo. |
| <input type="checkbox"/> Usar oraciones de 3 palabras. | | <input type="checkbox"/> Cortar con tijeras para niños. |

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 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)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, pintura o yeso que se descascara, moho o humedad?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Interacciones familiares positivas		
¿Son los miembros de su familia cariñosos y afectuosos entre sí?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted felicita a su hijo cuando se comporta bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene maneras de manejar la ira de manera constructiva y resolver disputas en su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos los que cuidan a su hijo establecen los mismos límites para él?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Permite que su hijo tome decisiones, como qué ropa ponerse o qué libros leer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siente que es capaz de equilibrar la familia y el trabajo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

JUGAR CON HERMANOS Y COMPAÑEROS

¿Participa su hijo en juegos de fantasía con muñecas, animales de juguete o bloques?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo cosas que ambos disfrutan?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños (por ejemplo, en citas de juego y en el preescolar)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando su hijo juega con otros niños, ¿lo ayuda a aprender a turnarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si tiene otros hijos, ¿se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Está esperando o pensando en tener otro hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

LEER Y HABLAR CON SU HIJO

¿Lee, canta canciones o juega juegos de palabras con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando leen juntos, ¿le hacen preguntas a su hijo sobre los dibujos o la historia del libro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Anima a su hijo a que le hable de su día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia habla más de un idioma en casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

COMER BIEN Y SER ACTIVO

Alimentos nutritivos		
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo la mayoría de los días?	_____ onzas	
¿Le ofrece a su hijo una variedad de alimentos, incluyendo vegetales, frutas y alimentos ricos en proteínas, como carne y huevos, pollo o pescado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Promoción de la actividad física y limitación de la televisión		
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad 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 para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Corta alimentos como uvas y perros calientes en trozos pequeños para evitar ahogarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo en una entrada o cerca de la calle?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad en el agua		
¿Hay piscinas cerca de su casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Se mantiene siempre al alcance de la mano de su hijo cuando está en el agua o cerca de ella?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th Edition*

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.

