

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **La evaluación del trastorno del espectro autista también es parte de esta visita.** 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"/> Jugar con otros niños y expresar interés en su juego. | <input type="checkbox"/> Seguir una instrucción de 2 pasos (como "Levántalo y guárdalo"). | <input type="checkbox"/> Correr con coordinación. |
| <input type="checkbox"/> Quitarse algo de ropa. | <input type="checkbox"/> Nombrar al menos 5 partes del cuerpo. | <input type="checkbox"/> Subir por una escalera en un patio de recreo. |
| <input type="checkbox"/> Recoger bien con una cuchara. | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 50% de lo que dice. | <input type="checkbox"/> Apilar objetos. |
| <input type="checkbox"/> Usar 50 palabras. | <input type="checkbox"/> Patear una pelota. | <input type="checkbox"/> Pasar las páginas del libro. |
| <input type="checkbox"/> Combinar 2 palabras en una frase corta u oración. | <input type="checkbox"/> Saltar del suelo con los dos pies. | <input type="checkbox"/> Usa sus manos para girar objetos. |
| | | <input type="checkbox"/> Dibujar líneas. |

VISITA MÉDICA DEL 2 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 |
| Dislipidemia | ¿Su hijo tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No estoy seguro/a |
| | ¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol? | <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 |
| Visión | ¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No estoy seguro/a |
| | ¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No estoy seguro/a |
| | ¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No estoy seguro/a |
| | ¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo? | <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

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Violencia en la relación de pareja | | |
| ¿Se siente segura siempre en su hogar? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o a su hijo? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| Condición de vida y seguridad alimenticia | | |
| ¿Le preocupa tener una vivienda permanente? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| ¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

| Condición de vida y seguridad alimenticia (continuación) | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 |
| Cuidarse | | |
| ¿Se toma tiempo para usted? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Pasan usted y su pareja tiempo a solas? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Usted y su familia hacen actividades juntos? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene a alguien a quien pueda acudir si necesita hablar sobre problemas? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo algo que le gusta hacer? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Anima a otros miembros de la familia y cuidadores a ser consistentes, pacientes y calmos con su hijo? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Le muestra a su hijo cómo ser físicamente activo todos los días jugando y siendo activo con él? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Su hijo juega con otros niños? | <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 | |

EL HABLA Y SU HIJO

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Su hijo tiene maneras de decirle lo que quiere? | <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 |
| ¿Le da a su hijo suficiente tiempo para responder? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Canta usted canciones y habla con su hijo sobre las cosas que hacen juntos? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Le lee a su hijo o mira libros juntos todos los días? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

APRENDER A IR AL BAÑO

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Está su hijo interesado en usar el baño? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Su hijo le dice cuándo tiene una evacuación intestinal? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Se mantiene seco su hijo durante aproximadamente 2 horas seguidas? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Sabe su hijo la diferencia entre estar mojado y estar seco? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Ayuda a su hijo a lavarse las manos después de ir al baño? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

SEGURIDAD

| Seguridad en el automóvil | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Se encuentra su hijo 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 |
| ¿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 |
| Seguridad al aire libre | | |
| ¿Siempre usa su hijo un casco de bicicleta cuando anda en un triciclo, en un remolque para bicicletas o en el asiento en la bicicleta de un adulto? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, caminos de entrada y calles? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ¿Vive cerca de alguna piscina, jacuzzi o spa? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |

VISITA MÉDICA DEL 2 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>.

