



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 12 MES

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 le 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 DE SU HIJO

¿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"/> Buscar objetos ocultos.   | <input type="checkbox"/> Seguir una orden verbal que incluya un gesto. | <input type="checkbox"/> Tirar objetos en una taza.                               |
| <input type="checkbox"/> Imitar nuevos gestos.   | <input type="checkbox"/> Dar los primeros pasos independientes.        | <input type="checkbox"/> Levantar objetos pequeños con dos dedos a modo de pinza. |
| <input type="checkbox"/> Decir "Papá" o "Mamá" con significado.                                      | <input type="checkbox"/> Pararse sin ayuda.                            | <input type="checkbox"/> Recoger la comida y comerla.                             |
| <input type="checkbox"/> Usar una palabra que no sea <i>mamá</i> , <i>papá</i> o nombres personales. |  |   |

## VISITA MÉDICA DEL 12 MES

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

<b>Audición</b>	¿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
<b>Plomo</b>	¿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
<b>Salud bucal</b>	¿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
<b>Tuberculosis</b>	¿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
<b>Visión</b>	¿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

<b>Condición de vida y seguridad alimenticia</b>		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento en su hogar?	<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
<b>Alcohol y drogas</b>		
¿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
<b>Conexiones sociales con familiares, amigos, cuidado infantil, personal del programa de visitas a domicilio y otros</b>		
¿Tiene usted un cuidado infantil o un adulto en quien confíe para que cuide a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su cuidador acerca de sus pensamientos sobre la alimentación, el sueño, la disciplina y el uso de los medios de comunicación?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Participa en actividades fuera de su casa? Estas pueden ser programas sociales, religiosos, voluntarios o recreativos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 12 MES

### CUIDADOS DE SU HIJO

Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre qué hacer cuando se enoja o se frustra con su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su familia dedica regularmente tiempo para leer, jugar y hablar juntos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Comen juntos en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene horarios regulares de comidas y bocadillos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a sentirse cómodo con gente nueva y situaciones nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene usted rutinas regulares para la hora de la siesta y la hora de acostarse para su hijo, como leer libros y cepillarse los dientes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hecho un plan de uso de los medios familiares para ayudarlo a equilibrar el uso de los medios con otras actividades familiares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### ALIMENTAR AL NIÑO

¿Intenta su hijo alimentarse solo con una cuchara?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Bebe su hijo de una taza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le da a su hijo alimentos pequeños y duros como maní y palomitas de maíz?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le da a su hijo alimentos redondos como perros calientes, zanahorias crudas, uvas y tomates uva?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Incluye a su hijo en las comidas familiares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha comenzado a darle la leche de vaca a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo come verduras y frutas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Consume su hijo alimentos ricos en proteínas, como huevos, carne magra, pollo o pescado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida qué y cuánto comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### DIENTES SALUDABLES

¿Cepilla los dientes de su hijo con un poco de pasta dental con flúor 2 veces al día usando un cepillo de dientes suave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
--	--------------------------	--------------------------

### SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿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
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está el colchón de la cuna de su hijo colocado en la posición más baja para evitar caídas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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 hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos sus enchufes eléctricos tienen cubiertas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los objetos afilados, las bolsas de plástico y los cables eléctricos o cuerdas de cortinas fuera del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad en el agua y el sol		
¿Siempre está al alcance de la mano de su hijo cuando está en la bañera?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en su casa o cerca de ella?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le pone un sombrero a su hijo y le pone protector solar cuando sale a la calle?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 12 MES

### SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Mascotas			
¿Tiene una mascota?		<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿interactúa su hijo con la mascota?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

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>.

