



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

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	¿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

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿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
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
Conexiones sociales con familiares, amigos, cuidado infantil, personal del programa de visitas a domicilio y otros		
¿Tiene usted un cuidador 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>.



Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Nombre del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____

Fecha: _____

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre.			
a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:			
Usa jeringuillas para usar droga?			
Tiene VIH?			
Ha estado en la cárcel?			
Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.
 If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.
 If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

TST administered Yes ___ No ___

If yes, Date administered ___/___/___ Date read ___/___/___ TST reaction _____ mm

TST provider _____
Signature Printed Name

If chest x-ray done, date _____ and results _____

Provider phone number _____ City _____ County _____

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes ___ No ___

If yes, name of health dept./specialist _____

Contact your local or regional health department if assistance is needed.