



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 15 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 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 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"/> Imitar los garabatos. | <input type="checkbox"/> Usar 3 palabras que no sean nombres. | <input type="checkbox"/> Escalar algunos unos escalones. |
| <input type="checkbox"/> Beber de la taza con poco derrame. | <input type="checkbox"/> Hablar con sonidos que parecen un lenguaje desconocido. | <input type="checkbox"/> Correr. |
| <input type="checkbox"/> Señalar para pedir algo o para obtener ayuda. | <input type="checkbox"/> Seguir las instrucciones que no incluyen un gesto. | <input type="checkbox"/> Hacer marcas con un lápiz de color. |
| <input type="checkbox"/> Mirar a su alrededor cuando dice cosas como "¿Dónde está tu pelota?" y "¿Dónde está tu manta?". | <input type="checkbox"/> Agacharse para recoger objetos. | <input type="checkbox"/> Dejar caer un objeto dentro y tomar el objeto de un contenedor. |

VISITA MÉDICA DEL 15 MES

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
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?

HABLAR Y SENTIR

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo demuestra alguna preocupación o temor al conocer gente nueva?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo señala algo que quiere y luego mira para ver si usted ve lo que está haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hace un gesto con la mano para decir "adiós"?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Habla, canta y mira libros con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

RUTINAS Y PROBLEMAS DE SUEÑO

¿Tiene su hijo una rutina regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo duerme bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuántas horas duerme su hijo? Durante el día _____ Durante la noche _____		
¿Tiene su hijo una manta, un peluche o un juguete con el que le gusta dormir?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene usted un televisor o un dispositivo conectado a Internet en la habitación de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

BERRINCHES Y DISCIPLINA

¿Tiene su hijo berrinches frecuentes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si su hija está molesta, ¿le ayuda a distraerla usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pone usted límites a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	<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 alguna pregunta sobre qué hacer cuando se enoja o se frustra con su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

DIENTES SALUDABLES

¿Su hijo ha ido al dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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
¿Su hijo usa un biberón?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

VISITA MÉDICA DEL 15 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra 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
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento en todos los pisos de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Prueba las baterías una vez al mes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene un plan de escape de incendios?	<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>.

