



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL NEONATO

Para brindarle a usted y a su bebé 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 BEBÉ Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más le entusiasma o encanta del bebé?

¿Su bebé tiene alguna necesidad especial? No Sí, describa:

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

¿Algún familiar de su bebé 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 bebé 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 BEBÉ

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento del bebé? No Sí, describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su bebé.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenerse despierto durante un corto tiempo para alimentarse. | <input type="checkbox"/> Calmarse con la voz de un adulto. | <input type="checkbox"/> Mover los brazos y las piernas al mismo tiempo cuando se asusta. |
| <input type="checkbox"/> Hacer un breve contacto visual con un adulto cuando se lo sostiene en brazos. | <input type="checkbox"/> Levantarse y girar la cabeza hacia un lado brevemente cuando esté boca abajo. | <input type="checkbox"/> Mantener sus manos cerradas en puño. |
| <input type="checkbox"/> Llorar cuando se siente incómoda. | | |

VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
---------------	--	--------------------------	--------------------------	---

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su bebé y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Posee los elementos necesarios para cuidar de su bebé, como una cuna, un asiento de seguridad para niños y pañales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su casa tiene calefacción, agua caliente y electricidad suficientes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuenta con un seguro de salud para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
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	
¿Necesita ayuda para encontrar servicios de asistencia comunitaria, como WIC o cupones para alimentos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Asistencia familiar			
¿Busca en Internet para aprender a cuidar a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	

CONOCER A SU BEBÉ

Cómo se siente			
¿Duerme cuando el bebé duerme?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su pareja u otros miembros de la familia ayudan con el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con ellos?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Le lee a su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Es capaz su bebé de despertarse completamente para alimentarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene preguntas sobre cómo calmar a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Cuándo llamar a su médico/planificación de emergencia			
¿Sabe tomar la temperatura rectal del bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene una lista de números de teléfono de emergencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo llevar a su bebé a lugares públicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general			
¿Se alimenta bien su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo está creciendo su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Tiene problemas para hacer eructar a su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene su bebé 5 o 6 pañales desechables mojados (o 6-8 pañales de tela) y 3 o 4 deposiciones al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

VISITA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

ALIMENTAR AL BEBÉ (CONTINUACIÓN)

Si está amamantando, responda estas preguntas.		
Amamantar, ¿es incómodo o doloroso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Come alimentos ricos en proteínas (como huevos, carne magra, carne de aves, pescados o frijoles) todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Continúa tomando las vitaminas prenatales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Toma alguna medicación (ya sea de venta libre o con receta) o suplemento herbal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está dando gotas de vitamina D al bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.		
¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo utilizar la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra el bebé 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
¿Ha comenzado a desarrollar hábitos que le ayudarán a evitar que se olvide de su bebé en el auto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dormir de manera segura		
¿El bebé duerme boca arriba?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en una cuna?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en su habitación?	<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>.



Mujeres y niños primero
Información del paciente pediátrico

Nombre del Paciente: _____

Alocución: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Género : ___ Varon ___ Hembra SS#(optional): ___/___/___

Información del padre/tutor

Nombre del Padre de Familia/Guardian: _____ Relación _____

Alocución: _____ or ___ Igual que el niño

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono móvil _____ Casa # _____ Trabajo # _____

Correo electrónico: _____

Te gustaría estar habilitado para la web? ___ Si ___ No Ocupacion: _____

Nombre del Padre de Familia/Guardian: _____ Relación _____

Alocución: _____ or ___ Igual que el niño

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono móvil _____ Casa # _____ Trabajo # _____

Correo electrónico: _____

Te gustaría estar habilitado para la web? ___ Si ___ No Ocupacion: _____

El Estado Civil: ___ Solo ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado

Arreglos especiales de custodia que debemos tener en cuenta? ___ Si ___ No

Si es así, describa: _____

Dónde reside el niño: _____

Hermanos: _____

Hermanos fecha de nacimiento: _____

El contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono _____

Otra información del paciente

Raza: Caucasian Hispanic Indio Mexicano Americano El nativo Americano

La etnia: Hispano o Latino Mexicoamericano

Preferencia de language: el inglés el español bilingüe

Información del Seguro

Seguro primario: _____

Política o identificación de miembro # _____

Nombre del tomador del seguro: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grupo o cuenta # _____

El empleador _____

Dirección del empleado: _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Trabajo # _____

Mujeres y niños primero

Información del paciente pediátrico

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Asignación de Beneficios: Autorizo a Women and Children First (WCF) a presentar reclamos en nombre mío / del paciente directamente a Medicare / Medicaid / mi compañía de seguros de salud privada. Esto significa que WCF cobrará el pago por los suministros y servicios proporcionados. Entiendo que soy financieramente responsable ante los proveedores por los cargos no pagados o por pagar. Le autorizo a divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a enfermedades y tratamiento para procesar reclamos. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

Iniciales _____

Consentimiento para Tratamiento: Doy mi consentimiento para que WCF administre tratamientos, pruebas y / o pruebas de diagnóstico para tratar a mí / el paciente / illness de forma ambulatoria. Reconozco que no hay garantía en cuanto al resultado de cualquier tratamiento que yo / el paciente reciba. De conformidad con la ley estatal, si otra persona se expone accidentalmente a la sangre o los fluidos corporales de mi paciente / paciente (BBF; por sus siglas en inglés) o si un procedimiento médico o quirúrgico podría exponer a otra persona a la BBF de mi paciente / a, WCF puede hacer que dicha BBF sea analizada en humanos. infección por inmunodeficiencia (VIH / SIDA) a expensas de WCF.

Yo / nosotros, siendo los padres del menor mencionado anteriormente, autorizo a los médicos de WCF a examinar / tratar a mi dependiente. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos por el mismo

Iniciales _____

Receta electrónica: Entiendo que WCF utiliza tecnología de prescripción electrónica. Esta tecnología opera el Intercambio de información de salud de farmacia, que facilita la transmisión electrónica de información de prescripción entre proveedores y farmacéuticos. Esta tecnología también proporciona datos de prescripción de cualquier medicamento, conocido como historial de medicamentos, que se me recetaron a mí / al paciente.

Iniciales _____

Comunicaciones: Al proporcionar información de contacto, autorizo a WCF, sus cesionarios y agentes de cobro de terceros a utilizar la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo y hacer llamadas a mi teléfono de casa / celular / laboral; dejar mensajes de voz, texto o correo electrónico; y use mensajes pregrabados / artificiales / de voz y / o dispositivos de marcación automática en relación con cualquier comunicación que me envíe. **INICIALES** _____

¿Cuál es su número de contacto preferido? _____

Si corresponde: ¿autoriza a WCF a enviar recordatorios de citas tanto para usted como para su hijo?
___ Si ___ No, En caso afirmativo, ¿cuál es el número de teléfono del niño? _____

Iniciales _____

PARTICIPACIÓN DE OTROS EN EL CUIDADO ___ Si ___ No En caso afirmativo;

Autorizo a WCF a analizar la atención y las necesidades médicas de mi / el paciente con las siguientes personas

PARTICIPACIÓN DE OTROS EN EL CUIDADO ___ Si ___ No En caso afirmativo;

Nombre	Relación	Número de Teléfono

___ NO deseo agregar contacto adicional para discutir las necesidades de mi / el paciente.

Iniciales _____

Política financiera del paciente: He leído y entiendo completamente la política financiera establecida para WCF y estoy de acuerdo con los términos de la política financiera. También entiendo que los términos de esta política pueden ser modificados por WCF en cualquier momento, sin notificación previa del padre / tutor legal / garante del paciente.

Iniciales: _____

Aviso de prácticas de privacidad: He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y cerrará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a una copia de este documento.

Iniciales: _____

Escriba el nombre del padre o tutor del paciente

Firma del padre o tutor del paciente

____/____/____

Fecha