

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 4 MES

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Controlar la depresión materna 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 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 del bebé o en la 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"/> Reírse en voz alta. | <input type="checkbox"/> Voltearse hacia las voces. | <input type="checkbox"/> Voltearse de boca abajo a boca arriba. |
| <input type="checkbox"/> Buscarlo a usted o a otro cuidador cuando está molesto. | <input type="checkbox"/> Hacer sonidos de arrullo prolongados. | <input type="checkbox"/> Mantener sus manos abiertas, no cerradas en puño. |
| | <input type="checkbox"/> Sostenerse sobre sus codos y muñecas cuando esté boca abajo. | <input type="checkbox"/> Jugar con sus dedos. |
| | | <input type="checkbox"/> Agarrar objetos. |

VISITA MÉDICA DEL 4 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿Su bebé está tomando algo que no sea leche materna o fórmula fortificada con hierro?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
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

Situación de vida			
¿Está usted o cualquier otra persona en su casa expuesta a sustancias nocivas, como el plomo? Esto puede ocurrir en un entorno de trabajo como la construcción, la agricultura o el trabajo en fábricas.			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Relaciones familiares y apoyo			
¿Tiene a alguien a quien recurrir cuando surgen problemas?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Han podido usted y su pareja encontrar tiempo a solas?		<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con cada uno de ellos a solas?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Ha regresado al trabajo o a la escuela o planea hacerlo?			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿ha podido encontrar a alguien que cuide a su bebé?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Recibe un informe diario de las actividades de su bebé de su cuidador? Puede incluir la alimentación, la eliminación, el sueño, y tiempo de juego.			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

CUIDADOS DEL BEBÉ

Los cambios de su bebé			
¿Puede calmar a su bebé cuando está llorando?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Alguna vez ha tenido miedo de que usted u otros cuidadores puedan lastimar al bebé?			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
¿Está empezando a entender lo que le gusta y lo que no le gusta a su bebé?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tiene una rutina diaria para la alimentación, las siestas y la hora de acostarse?			<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
¿Su bebé 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
¿Coloca al bebé boca abajo durante períodos cortos cuando está despierto y con usted?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Disfrutan usted y su bebé de actividades tranquilas, como leer, cantar o dar paseos al aire libre?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

DIENTES SALUDABLES

Cuidar sus dientes			
¿Ve regularmente al dentista y se cepilla los dientes y se pasa el hilo dental?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cuidar los dientes de su bebé			
¿Su bebé muestra signos de dentición, como babeo?			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
¿Deja que su bebé tenga un biberón en la cuna?			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo limpiar las encías o los dientes de su bebé?			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general			
¿Está alimentando a su bebé con otro producto que no sea leche materna o fórmula?			<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
¿Se siente cómoda esperando hasta que su bebé tenga unos 6 meses para comenzar a introducir alimentos sólidos?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 4 MES

ALIMENTAR AL BEBÉ (CONTINUACIÓN)

Información general (continuación)		
¿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
Si está amamantando, responda estas preguntas.		
¿Todavía está dando gotas de vitamina D al bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Toma suplementos, hierbas, vitaminas o medicamentos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene preguntas sobre cómo extraer y almacenar la leche materna?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
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 preguntas 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 alguna pregunta sobre qué hacer cuando su bebé supere el tamaño de su asiento de seguridad actual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿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
¿Alguna vez bebe o transporta líquidos calientes (como té o café) cuando sostiene a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Coloca siempre una mano sobre el bebé cuando le cambia los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dormir de manera segura		
¿Tiene alguna dificultad para hacer que su bebé duerma boca arriba?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha movido el colchón de su cuna a la posición más baja para evitar caídas?	<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>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



La información incluida en este cuestionario no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Previsit Questionnaire: 4 Month Visit*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING _____ + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil