



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

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 DEL NIÑO

¿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"/> Está empezando a saltar.                    | <input type="checkbox"/> Untar con un cuchillo.   | <input type="checkbox"/> Jugar e interactuar con los compañeros.     |
| <input type="checkbox"/> Caminar en puntas de pie cuando se le pide. | <input type="checkbox"/> Vestirse y desvestirse sin ayuda.  | <input type="checkbox"/> Contestar las preguntas de "por qué".       |
| <input type="checkbox"/> Atrapar una pelota que rebota con 2 manos.  | <input type="checkbox"/> Orinar y tener una evacuación intestinal por su cuenta.  | <input type="checkbox"/> Contar 5 objetos.                           |
| <input type="checkbox"/> Copiar un triángulo.                        | <input type="checkbox"/> Está seco durante todo el día.   | <input type="checkbox"/> Nombrar 3 o más números individuales.       |
| <input type="checkbox"/> Dibujar una persona de 6 partes.            | <input type="checkbox"/> Contar una historia de 2 frases o más.   | <input type="checkbox"/> Nombrar 4 o más letras en orden alfabético. |
| <input type="checkbox"/> Copiar el nombre de pila.                   | <input type="checkbox"/> Siga las instrucciones para 4 preposiciones individuales, tales como <i>sobre, debajo, detrás y delante de</i> . | <input type="checkbox"/> Escribir 2 o más letras.                    |
| <input type="checkbox"/> Cortar bien con tijeras.                    |   |  |

## VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

<b>Anemia</b>	¿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
<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>	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿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

### RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

#### ¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

#### LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

<b>Violencia en el vecindario y en la familia (intimidación y peleas)</b>		
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
<b>Seguridad alimentaria</b>		
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>		
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
<b>Seguridad emocional y autoestima</b>		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Relación con la familia</b>		
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

#### REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES

¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le hace saber a su hijo cuándo se está portando bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo problemas para lidiar con los sentimientos de enojo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ayuda a su hijo a controlar su ira?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

### ESCUELA

¿Su hijo asistió a un programa preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha comenzado la escuela primaria?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna preocupación sobre la experiencia escolar de su hijo?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
¿Puede usted asistir a actividades o funciones en la escuela de su hijo?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Está su hijo involucrado en actividades después de la escuela?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

### MANTENERSE SALUDABLE

<b>Dientes saludables</b>		
¿Su hijo se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ve su hijo al dentista dos veces al año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Nutrición</b>		
¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su hijo? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo toma refrescos, jugos u otras bebidas endulzadas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo desayuna todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Actividad física</b>		
¿Está su hijo físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphone (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### SEGURIDAD

<b>Seguridad en el automóvil</b>		
¿Su hijo está bien sujeto en un asiento de seguridad para automóvil o en un asiento elevado con cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez 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
<b>Seguridad al aire libre</b>		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Conoce su hijo hábitos de seguridad en la calle, como detenerse en la acera, mirar a ambos lados y nunca cruzar la calle sin un adulto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe nadar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
<b>Seguridad contra incendios en el hogar</b>		
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento instalados en todos los niveles de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene detectores/alarmas de monóxido de carbono en su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hijo qué hacer si suena la alarma de incendio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

### SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Daños por parte de los adultos		
¿Le ha enseñado a hija que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hija que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes privadas?	<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>.



## 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.

<b>Marque la casilla con su respuesta:</b>	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.