



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.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Reírse en voz alta. | ☐ Voltearse hacia las voces. | ☐ Voltearse de boca abajo a boca arriba. |
| ☐ Buscarlo a usted o a otro cuidador cuando está molesto. | ☐ Hacer sonidos de arrullo prolongados. | ☐ Mantener sus manos abiertas, no cerradas en puño. |
| | ☐ Sostenerse sobre sus codos y muñecas cuando esté boca abajo. | ☐ Jugar con sus dedos. |
| | | ☐ 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?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	☐ No	☐ Sí	☐ 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.			☐ No ☐ Sí
Relaciones familiares y apoyo			
¿Tiene a alguien a quien recurrir cuando surgen problemas?			☐ Sí ☐ No
¿Han podido usted y su pareja encontrar tiempo a solas?		☐ N/C	☐ Sí ☐ No
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con cada uno de ellos a solas?			☐ Sí ☐ No
¿Ha regresado al trabajo o a la escuela o planea hacerlo?			☐ No ☐ Sí
Si es así, ¿ha podido encontrar a alguien que cuide a su bebé?			☐ Sí ☐ 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.			☐ Sí ☐ No

CUIDADOS DEL BEBÉ		
Los cambios de su bebé		
¿Puede calmar a su bebé cuando está llorando?	☐ Sí	☐ No
¿Alguna vez ha tenido miedo de que usted u otros cuidadores puedan lastimar al bebé?	☐ No	☐ Sí
¿Está empezando a entender lo que le gusta y lo que no le gusta a su bebé?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene una rutina diaria para la alimentación, las siestas y la hora de acostarse?	☐ Sí	☐ No
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	☐ No	☐ 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	☐ No	☐ Sí
¿Coloca al bebé boca abajo durante períodos cortos cuando está despierto y con usted?	☐ Sí	☐ No
¿Disfrutan usted y su bebé de actividades tranquilas, como leer, cantar o dar paseos al aire libre?	☐ Sí	☐ No

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

ALIMENTAR AL BEBÉ		
Información general		
¿Está alimentando a su bebé con otro producto que no sea leche materna o fórmula?	☐ No	☐ Sí
¿Se siente cómoda esperando hasta que su bebé tenga unos 6 meses para comenzar a introducir alimentos sólidos?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 4 MES

ALIMENTAR AL BEBÉ (CONTINUACIÓN)

Información general (continuación)		
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	☐ Sí	☐ No
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	☐ Sí	☐ No
Si está amamantando, responda estas preguntas.		
¿Todavía está dando gotas de vitamina D al bebé?	☐ Sí	☐ No
¿Toma suplementos, hierbas, vitaminas o medicamentos?	☐ No	☐ Sí
¿Tiene preguntas sobre cómo extraer y almacenar la leche materna?	☐ No	☐ Sí
Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.		
¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene preguntas sobre cómo utilizar la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	☐ No	☐ 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?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene alguna pregunta sobre qué hacer cuando su bebé supere el tamaño de su asiento de seguridad actual?	☐ No	☐ Sí
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	☐ Sí	☐ No
¿Alguna vez bebe o transporta líquidos calientes (como té o café) cuando sostiene a su bebé?	☐ No	☐ Sí
¿Coloca siempre una mano sobre el bebé cuando le cambia los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama?	☐ Sí	☐ No
Dormir de manera segura		
¿Tiene alguna dificultad para hacer que su bebé duerma boca arriba?	☐ No	☐ Sí
¿Ha movido el colchón de su cuna a la posición más baja para evitar caídas?	☐ Sí	☐ No
¿El bebé duerme en su habitación?	☐ Sí	☐ 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>.

