

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 4 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.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Ir al baño y tener una evacuación intestinal por sí mismo. | ☐ Hablar para que los extraños puedan entender el 100% de lo que ella dice. | ☐ Subir las escaleras, usando un pie, luego el otro, sin apoyo. |
| ☐ Vestirse y desvestirse sin demasiada ayuda. | ☐ Hacer dibujos que usted reconozca. | ☐ Dibujar a una persona con al menos 3 partes del cuerpo. |
| ☐ Jugar a fingir. | ☐ Seguir reglas simples cuando juega juegos de mesa o cartas. | ☐ Dibujar una simple cruz. |
| ☐ Responder a preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" y "¿Cuándo tienes sueño?". | ☐ Contarle una historia de un libro. | ☐ Desabotonar y abotonar botones de tamaño medio. |
| ☐ Usar oraciones de 4 palabras. | ☐ Saltar con un solo pie. | ☐ Agarrar un lápiz con el pulgar y los dedos en lugar del puño. |

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Su hijo tiene padres, abuelos, tíos o tías que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Plomo	¿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?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿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)?	☐ No	☐ Sí	☐ 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?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	☐ No	☐ Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	☐ Sí	☐ No
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	☐ No	☐ Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	☐ No	☐ Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	☐ No	☐ Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	☐ No	☐ Sí
Violencia en la relación de pareja		
¿Se siente segura siempre en su hogar?	☐ Sí	☐ No
Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o a su hijo?	☐ No	☐ Sí
Seguridad en la comunidad		
¿Se siente seguro en su comunidad?	☐ Sí	☐ No
¿Usted tiene a alguien a quien pueda acudir si le preocupa la seguridad de su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Usted tiene relación con su comunidad a través de grupos religiosos, organizaciones de voluntarios o programas recreativos?	☐ Sí	☐ No
¿Pasa tiempo con los padres de otros niños de su comunidad?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

PREPARARSE PARA LA ESCUELA

Comprensión y fluidez del lenguaje		
¿Su hijo comunica claramente sus deseos y necesidades a usted y a los demás?	☐ Sí	☐ No
¿Responde usted a las preguntas de su hijo con respuestas cortas y sencillas?	☐ Sí	☐ No
¿Le da tiempo suficiente a su hijo para contar un cuento o responder a una pregunta?	☐ Sí	☐ No
¿Hablan, cantan y leen juntos todos los días?	☐ Sí	☐ No
Sentimientos		
¿Es su hijo generalmente feliz y activo?	☐ Sí	☐ No
¿Ayuda a su hijo a decir "lo siento" por herir los sentimientos de los demás?	☐ Sí	☐ No
Oportunidades para socializar con otros niños		
¿Está su hijo interesado en otros niños?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños en grupos de juego o en el preescolar?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene su hijo un mejor amigo?	☐ Sí	☐ No
¿Felicitas a su hijo cuando es bueno o ha terminado una tarea?	☐ Sí	☐ No
Programas de infancia temprana y preescolar		
¿Asiste su hijo al preescolar?	☐ Sí	☐ No
¿Está contento con los arreglos de cuidado de niños o preescolar?	☐ Sí	☐ No
¿Visita usted el preescolar de su hijo y participa en actividades allí?	☐ Sí	☐ No
Preparación para la escuela		
¿Tiene alguna preocupación acerca de que su hijo comience la escuela el próximo año?	☐ No	☐ Sí
¿Está haciendo algo para preparar a su hijo para el preescolar? Esto podría incluir leer juntos e ir a la biblioteca, al parque, al zoológico y a otros lugares.	☐ Sí	☐ No

HÁBITOS SALUDABLES

Nutrición		
¿Bebe agua todos los días?	☐ Sí	☐ No
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo la mayoría de los días?	_____ onzas	
¿Le ofrece a su hijo una variedad de alimentos, incluyendo vegetales, frutas y alimentos ricos en proteínas, como carne y huevos, pollo o pescado?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	☐ Sí	☐ No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	☐ Sí	☐ No
Rutinas diarias que promueven la salud		
¿Su hijo duerme bien?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene rutinas regulares para acostarse y comer?	☐ Sí	☐ No
¿Cepilla los dientes de su hijo dos veces al día con una cantidad del tamaño de un guisante de pasta dental fluorada?	☐ Sí	☐ No

LIMITAR LA TELEVISIÓN Y PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	☐ No	☐ 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?	☐ Sí	☐ No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo juega con otros niños?	☐ Sí	☐ No
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿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?	☐ Sí	☐ 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?	☐ Sí	☐ No
Seguridad al aire libre		
¿Usted vigila de cerca a su hijo cuando juega afuera, especialmente cerca de las calles y los caminos de entrada?	☐ Sí	☐ No
¿Hay piscinas en su vecindario?	☐ No	☐ Sí
¿Está planeando que su hijo aprenda a nadar?	☐ Sí	☐ No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	☐ Sí	☐ No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	☐ No	☐ Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	☐ Sí	☐ No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	☐ No	☐ Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	☐ Sí	☐ No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	☐ 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>.

