

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Las evaluaciones de desarrollo infantil y de trastornos del espectro autista también son 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 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.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Participar con otros para jugar. | ☐ Girar y mirar a un adulto si sucede algo nuevo. | ☐ Subir escaleras con 2 pies por escalón con la ayuda de su mano. |
| ☐ Ayudar a vestirse y desvestirse. | ☐ Empezar a recoger con una cuchara. | ☐ Sentarse en una silla pequeña. |
| ☐ Señalar los dibujos de un libro. | ☐ Usar palabras para pedir ayuda. | ☐ Llevar un juguete mientras camina. |
| ☐ Señalar un objeto interesante para dirigir su atención a ella. | ☐ Identificar al menos dos partes del cuerpo. | ☐ Garabatear espontáneamente. |
| | ☐ Nombrar, al menos, 5 objetos familiares, como la pelota o la leche. | ☐ Lanzar una pelota pequeña a unos metros de donde está parado. |

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

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
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	☐ 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
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Felicitas a su hijo por su buen comportamiento?	☐ Sí	☐ No
Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	☐ Sí	☐ No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	☐ Sí	☐ No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites que usted para su hijo?	☐ Sí	☐ No
Si está planeando tener otro bebé, ¿ha pensado en cómo preparará a su hijo?	☐ N/C	☐ Sí ☐ No

HABLAR Y COMUNICARSE

¿Lee, canta y habla con su hijo sobre lo que está viendo y haciendo?	☐ Sí	☐ No
¿Señala con la mano para decir "adiós"?	☐ Sí	☐ No
¿Utiliza palabras sencillas para decirle a su hijo qué hacer?	☐ Sí	☐ No

SU HIJO Y LA TELEVISIÓN

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	____ horas	
Si su hijo utiliza los medios de comunicación, ¿observa usted los programas que su hijo ve o la actividad que realiza?	☐ Sí	☐ No

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

¿Proporciona una variedad de verduras, frutas y otros alimentos nutritivos?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo come mucha comida que describiría como comida chatarra?	☐ No	☐ Sí
¿Bebe agua todos los días?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo está dispuesto a probar alimentos nuevos?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad para auto orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	☐ Sí	☐ No
¿Todos los demás en el auto 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
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	☐ Sí	☐ No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene alguna pregunta sobre otras maneras de mantener su casa segura?	☐ No	☐ Sí
Protección solar		
¿Le pone protector solar a su hijo cada vez que juega afuera?	☐ 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>.

