



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están.
Responda todas las preguntas. **La evaluación del trastorno del espectro autista 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 HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la 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.

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Jugar con otros niños y expresar interés en su juego. | ☐ Seguir una instrucción de 2 pasos (como "Levántalo y guárdalo"). | ☐ Correr con coordinación. |
| ☐ Quitarse algo de ropa. | ☐ Nombrar al menos 5 partes del cuerpo. | ☐ Subir por una escalera en un patio de recreo. |
| ☐ Recoger bien con una cuchara. | ☐ Hablar para que los extraños puedan entender el 50% de lo que dice. | ☐ Apilar objetos. |
| ☐ Usar 50 palabras. | ☐ Patear una pelota. | ☐ Pasar las páginas del libro. |
| ☐ Combinar 2 palabras en una frase corta u oración. | ☐ Saltar del suelo con los dos pies. | ☐ Usa sus manos para girar objetos. |
| | | ☐ Dibujar líneas. |

VISITA MÉDICA DEL 2 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, tías o tíos 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
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
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
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?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

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
Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	☐ No	☐ Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia (continuación)		
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
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	☐ Sí	☐ No
¿Pasan usted y su pareja tiempo a solas?	☐ Sí	☐ No
¿Usted y su familia hacen actividades juntos?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene a alguien a quien pueda acudir si necesita hablar sobre problemas?	☐ Sí	☐ No

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	☐ Sí	☐ No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo algo que le gusta hacer?	☐ Sí	☐ No
¿Anima a otros miembros de la familia y cuidadores a ser consistentes, pacientes y calmos con su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Le muestra a su hijo cómo ser físicamente activo todos los días jugando y siendo activo con él?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo juega con otros niños?	☐ Sí	☐ No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	

EL HABLA Y SU HIJO

¿Su hijo tiene maneras de decirle lo que quiere?	☐ Sí	☐ No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	☐ Sí	☐ No
¿Le da a su hijo suficiente tiempo para responder?	☐ Sí	☐ No
¿Canta usted canciones y habla con su hijo sobre las cosas que hacen juntos?	☐ Sí	☐ No
¿Le lee a su hijo o mira libros juntos todos los días?	☐ Sí	☐ No

APRENDER A IR AL BAÑO

¿Está su hijo interesado en usar el baño?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo le dice cuándo tiene una evacuación intestinal?	☐ Sí	☐ No
¿Se mantiene seco su hijo durante aproximadamente 2 horas seguidas?	☐ Sí	☐ No
¿Sabe su hijo la diferencia entre estar mojado y estar seco?	☐ Sí	☐ No
¿Ayuda a su hijo a lavarse las manos después de ir al baño?	☐ Sí	☐ No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Se encuentra su hijo 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
¿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		
¿Siempre usa su hijo un casco de bicicleta cuando anda en un triciclo, en un remolque para bicicletas o en el asiento en la bicicleta de un adulto?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, caminos de entrada y calles?	☐ Sí	☐ No
¿Vive cerca de alguna piscina, jacuzzi o spa?	☐ No	☐ Sí

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

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>.

