

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 3 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 orinar sola. | ☐ Hablar para que los extraños puedan entender el 75% de lo que dice. | ☐ Pedalear un triciclo. |
| ☐ Ponerse un abrigo, una chaqueta o una camisa él solo. | ☐ Contarle una historia de un libro o la televisión. | ☐ Subirse y bajarse de un sofá o de una silla. |
| ☐ Comer sola. | ☐ Comparar las cosas usando palabras como <i>más grande</i> y <i>más corto</i> . | ☐ Saltar hacia adelante. |
| ☐ Comenzar a jugar a fingir. | ☐ Comprender preposiciones simples, como <i>sobre</i> o <i>debajo</i> . | ☐ Dibujar un círculo simple. |
| ☐ Jugar y compartir con los demás. | | ☐ Dibujar a una persona con la cabeza y otra parte del cuerpo. |
| ☐ Usar oraciones de 3 palabras. | | ☐ Cortar con tijeras para niños. |

VISITA MÉDICA DEL 3 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
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

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, pintura o yeso que se descascara, moho o humedad?	☐ No	☐ Sí
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
Interacciones familiares positivas		
¿Son los miembros de su familia cariñosos y afectuosos entre sí?	☐ Sí	☐ No
¿Usted felicita a su hijo cuando se comporta bien?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene maneras de manejar la ira de manera constructiva y resolver disputas en su familia?	☐ Sí	☐ No
¿Todos los que cuidan a su hijo establecen los mismos límites para él?	☐ Sí	☐ No
¿Permite que su hijo tome decisiones, como qué ropa ponerse o qué libros leer?	☐ Sí	☐ No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	☐ Sí	☐ No
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	☐ Sí	☐ No
¿Siente que es capaz de equilibrar la familia y el trabajo?	☐ Sí	☐ No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

JUGAR CON HERMANOS Y COMPAÑEROS

¿Participa su hijo en juegos de fantasía con muñecas, animales de juguete o bloques?	O Sí	O No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo cosas que ambos disfrutan?	O Sí	O No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños (por ejemplo, en citas de juego y en el preescolar)?	O Sí	O No
Cuando su hijo juega con otros niños, ¿lo ayuda a aprender a turnarse?	O Sí	O No
Si tiene otros hijos, ¿se llevan bien entre ellos?	O N/C	O Sí
¿Está esperando o pensando en tener otro hijo?	O No	O Sí

LEER Y HABLAR CON SU HIJO

¿Lee, canta canciones o juega juegos de palabras con su hijo todos los días?	O Sí	O No
Cuando leen juntos, ¿le hacen preguntas a su hijo sobre los dibujos o la historia del libro?	O Sí	O No
¿Anima a su hijo a que le hable de su día?	O Sí	O No
¿Su familia habla más de un idioma en casa?	O No	O Sí

COMER BIEN Y SER ACTIVO

Alimentos nutritivos		
¿Bebe agua todos los días?	O Sí	O 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?	O Sí	O No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	O Sí	O No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	O Sí	O No
Promoción de la actividad física y limitación de la televisión		
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	O Sí	O No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	O Sí	O No
¿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?	O No	O 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?	O Sí	O No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	O Sí	O No
¿Tiene algún problema con el asiento para niños?	O No	O Sí
¿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?	O Sí	O No
¿Corta alimentos como uvas y perros calientes en trozos pequeños para evitar ahogarse?	O Sí	O No
¿Juega su hijo en una entrada o cerca de la calle?	O No	O Sí
¿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).	O Sí	O No
Seguridad en el agua		
¿Hay piscinas cerca de su casa?	O No	O Sí
¿Se mantiene siempre al alcance de la mano de su hijo cuando está en el agua o cerca de ella?	O Sí	O No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	O Sí	O No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	O No	O Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	O Sí	O No

VISITA MÉDICA DEL 3 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>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



La información incluida en este cuestionario no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Previsit Questionnaire: 3 Year Visit*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.