



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 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.

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

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

FDN: _____

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 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)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Violencia en la relación de pareja		
¿Se siente segura siempre en su hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Seguridad en la comunidad		
¿Se siente seguro en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted tiene a alguien a quien pueda acudir si le preocupa la seguridad de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted tiene relación con su comunidad a través de grupos religiosos, organizaciones de voluntarios o programas recreativos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo con los padres de otros niños de su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

FDN: _____

PREPARARSE PARA LA ESCUELA

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

HÁBITOS SALUDABLES

Nutrición		
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Rutinas diarias que promueven la salud		
¿Su hijo duerme bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene rutinas regulares para acostarse y comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cepilla los dientes de su hijo dos veces al día con una cantidad del tamaño de un guisante de pasta dental fluorada?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo juega con otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

FDN: _____

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

