

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 6 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.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Montar una bicicleta estándar. | ☐ Atar los zapatos. | ☐ Dominar todos los sonidos y combinaciones de consonantes, tales como "d" o "ch". |
| ☐ Saltar sobre un pie de 3 a 4 veces. | ☐ Estar seco día y noche. | ☐ Jugar e interactuar con al menos un "mejor amigo". |
| ☐ Atrapar una pelota pequeña con 2 manos. | ☐ Contar una historia con un principio, un medio y un final. | ☐ Escribir 3 o más palabras sencillas sin copiar. |
| ☐ Dibujar una persona de 12 partes. | ☐ Elegir los alimentos preferidos en el desayuno y el almuerzo. | ☐ Contar 10 objetos. |
| ☐ Escribir nombre y apellidos en mayúsculas o letras minúsculas. | ☐ Iniciar y continuar las conversaciones con sus compañeros. | ☐ Hacer sumas y restas simples con objetos. |
| ☐ Cortar la mayoría de los alimentos con un cuchillo. | | |

VISITA MÉDICA DEL 6 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

Violencia en el vecindario y en la familia (intimidación y peleas)		
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	☐ No	☐ Sí
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	☐ No	☐ Sí
¿Alguna vez su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	☐ No	☐ Sí
Seguridad alimentaria		
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		
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	☐ No	☐ Sí
Seguridad emocional y autoestima		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	☐ Sí	☐ No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	☐ Sí	☐ No
Relación con la familia		
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	☐ Sí	☐ No
¿Su familia hace actividades junta?	☐ Sí	☐ No

REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES

¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	☐ Sí	☐ No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	☐ Sí	☐ No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	☐ Sí	☐ No
¿Le hace saber a su hijo cuándo se está portando bien?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 6 AÑO

REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES (CONTINUACIÓN)

¿Tiene su hijo problemas para lidiar con los sentimientos de enojo?	O No	O Sí
¿Ayuda a su hijo a controlar su ira?	O Sí	O No

ESCUELA

¿Su hijo asistió a un programa preescolar?		☐ Sí	☐ No
¿Su hijo ha comenzado la escuela primaria?		☐ Sí	☐ No
¿Tiene alguna preocupación sobre la experiencia escolar de su hijo?	☐ N/C	☐ No	☐ Sí
¿Puede usted asistir a actividades o funciones en la escuela de su hijo?	☐ N/C	☐ Sí	☐ No
¿Está su hijo involucrado en actividades después de la escuela?	☐ N/C	☐ Sí	☐ No
¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?		☐ No	☐ Sí

MANTENERSE SALUDABLE

Dientes saludables		
¿Su hijo se cepilla los dientes dos veces al día?	O Sí	O No
¿Ve su hijo al dentista dos veces al año?	O Sí	O No
Nutrición		
¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su hijo? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	O No	O Sí
¿Su hijo toma refrescos, jugos u otras bebidas endulzadas?	O No	O Sí
¿Su hijo desayuna todos los días?	O Sí	O No
Actividad física		
¿Está su hijo físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	O Sí	O No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphone (sin contar las tareas escolares)?	_____ 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
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	O Sí	O No
¿Su hijo tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	O No	O Sí

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Utiliza su hijo siempre un asiento de seguridad para el automóvil o un asiento elevado con cinturón de seguridad bien abrochado en el asiento trasero cada vez que viaja en un vehículo?	O Sí	O No
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad de regazo y hombro o un asiento elevado para colocarse el cinturón de seguridad?	O Sí	O No
Seguridad al aire libre		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	O Sí	O No
¿Conoce su hijo hábitos de seguridad en la calle, como detenerse en la acera, mirar a ambos lados y nunca cruzar la calle sin un adulto?	O Sí	O No
¿Su hijo sabe nadar?	O Sí	O No
¿Sabe su hijo que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	O Sí	O No
¿Su hijo usa protector solar cuando juega al aire libre?	O Sí	O No
Seguridad contra incendios en el hogar		
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento instalados en todos los niveles de su casa?	O Sí	O No
¿Tiene detectores/alarmas de monóxido de carbono en su casa?	O Sí	O No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	O Sí	O No
¿Sabe su hijo qué hacer si suena la alarma de incendio?	O Sí	O No

VISITA MÉDICA DEL 6 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
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	☐ Sí	☐ No

SEGURIDAD

Daños por parte de los adultos		
¿Le ha enseñado a hija que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	☐ Sí	☐ No
¿Sabe su hija que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes privadas?	☐ 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: 6 Year Visit*

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