

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 9 MES

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **La evaluación del desarrollo infantil y la evaluación de riesgos de salud oral 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 BEBÉ Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la entusiasma o encanta del bebé?

¿Su bebé tiene alguna necesidad especial? ☐ No ☐ Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida del bebé o en la de su familia? ☐ No ☐ Sí, describa:

¿Algún familiar de su bebé 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 bebé 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 BEBÉ

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento del bebé? ☐ No ☐ Sí, describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su bebé.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Usar gestos básicos, como sostener sus brazos levantados para que la levanten o saludar con la mano. | ☐ Mirar a su alrededor cuando dice cosas como "¿Dónde está tu biberón?" y "¿Dónde está tu manta?" | ☐ Gatear con las manos y las rodillas. |
| ☐ Buscar objetos caídos. | ☐ Copiar los sonidos que hace. | ☐ Recoger la comida y comerla. |
| ☐ Realizar juegos como peekaboo y palmaditas. | ☐ Sentarse bien sin ayuda. | ☐ Levantar objetos pequeños con 3 dedos y un pulgar. |
| ☐ Voltarse constantemente cuando llaman su nombre. | ☐ Ponerse de pie. | ☐ Soltar objetos a propósito. |
| ☐ Decir "Papá" o "Mamá". | ☐ Moverse fácilmente entre sentarse y acostarse. | ☐ Golpear objetos juntos. |

VISITA MÉDICA DEL 9 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Plomo	¿Su bebé 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	¿La fuente de agua principal de su bebé contiene fluoruro?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su bebé parecen inusuales o cruzados?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su bebé se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su bebé?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su bebé y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

¿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 al bebé?	☐ No	☐ Sí
¿Ha desarrollado rutinas u otras formas de cuidar de sí mismo?	☐ Sí	☐ No

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Tiene usted una rutina regular a la hora de acostarse para su bebé?	☐ Sí	☐ No
¿Se despierta durante la noche?	☐ No	☐ Sí
¿Su bebé está aprendiendo cosas nuevas?	☐ Sí	☐ No
¿Su bebé tiene maneras de decirle que es lo que quiere y necesita?	☐ Sí	☐ No
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	☐ No	☐ Sí
¿Su bebé ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	☐ No	☐ Sí
¿Ha hecho un plan de uso de los medios familiares para ayudarlo a equilibrar el uso de los medios con otras actividades familiares?	☐ Sí	☐ No

DISCIPLINA

¿Están de acuerdo usted y su pareja en cómo manejar el comportamiento de su bebé?	☐ Sí	☐ No	
¿Limita el uso del "No" a las cuestiones más importantes?	☐ Sí	☐ No	
Si usted tiene otros niños, ¿les permite ayudar con el bebé tanto como pueda?	☐ N/C	☐ Sí	☐ No

ALIMENTAR AL BEBÉ

¿Su bebé se alimenta sola?		☐ Sí	☐ No
¿Bebe su bebé de una taza?		☐ Sí	☐ No
¿Deja que su bebé decida qué y cuánto comer?		☐ Sí	☐ No
¿Le da a su bebé alimentos con diferentes texturas (como hechos puré, licuados, pisados, picados o en grumos)?		☐ Sí	☐ No
Si está amamantando, ¿está planeando continuar?	☐ N/C	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 9 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra el bebé 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
¿Tiene algún hábito o recordatorio que le impida dejar a su bebé en el auto?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene a su bebé alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su bebé?	☐ Sí	☐ No
¿Siempre está al alcance de la mano de su bebé cuando está en la bañera?	☐ 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
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	☐ Sí	☐ No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su bebé 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>.

