

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están.
 Responda todas las preguntas. **Controlar el desarrollo del niño 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 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.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Orinar en un orinal o en el inodoro. | ☐ Usar pronombres como "yo", "él". y "nuestro", correctamente. | ☐ Correr bien sin caerse. |
| ☐ Picar la comida con un tenedor. | ☐ Explicar las razones de las cosas, tales como necesitar un suéter cuando hace frío. | ☐ Copiar una línea vertical. |
| ☐ Lavarse y secarse las manos. | ☐ Nombrar al menos un color. | ☐ Sujetar un crayón con el pulgar y los dedos de la mano en lugar de los puños. |
| ☐ Jugar a fingir con juguetes o muñecas. | ☐ Subir los escalones, usando un pie, luego el otro. | ☐ Atrapar pelotas grandes. |
| ☐ Pedirle que mire diciendo, "¡Mírame!" | | |

VISITA MÉDICA DEL 2½ 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
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
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	☐ 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?

RUTINAS FAMILIARES

¿Su familia come junta?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene usted una rutina regular a la hora de acostarse para su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Alienta el ejercicio familiar, como caminar, nadar, bailar o andar en bicicleta?	☐ Sí	☐ No
¿Su familia va junta a museos, zoológicos y otros lugares educativos?	☐ Sí	☐ No
¿Participan usted y su pareja en actividades sociales? ¿Comparte actividades con amigos, lejos de la familia?	☐ Sí	☐ No
¿Todos en su familia siguen las mismas rutinas y establecen los mismos límites para su hijo?	☐ Sí	☐ No

APRENDER A HABLAR Y COMUNICARSE

¿Le lee a su hijo todos los días?	☐ Sí	☐ No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo y le da tiempo suficiente para que responda?	☐ Sí	☐ No
¿Escucha usted cuidadosamente a su hijo y, si es necesario, le ofrece las palabras adecuadas para ayudarlo a asegurarse de que sea entendido?	☐ Sí	☐ No
¿Se frustra su hijo cuando otros no pueden entender lo que dice?	☐ No	☐ Sí

LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS

¿Su hijo juega con otros niños?	☐ Sí	☐ No
¿Permite que su hijo tome decisiones como qué ropa ponerse, qué comer y qué libros leer?	☐ Sí	☐ No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	

VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS (CONTINUACIÓN)

Si su hijo utiliza los medios de comunicación, ¿observa usted los programas que su hijo ve o la actividad que realiza?	☐ Sí	☐ No
¿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?	☐ Sí	☐ No

PREPARARSE PARA EL PREESCOLAR

¿Tiene planes para el cuidado de niños o preescolar en el próximo año?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo es parte de un grupo de juego regular?	☐ Sí	☐ No
¿Le lee libros a su hijo sobre cómo prepararse para la escuela?	☐ Sí	☐ No
¿Está fomentando el entrenamiento para ir al baño?	☐ Sí	☐ No
¿Felicit a su hijo cuando trata de usar el orinal?	☐ Sí	☐ No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra su hijo sujetado de manera segura en un asiento de seguridad 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
¿Tiene un detector de humo que funcione en todos los niveles de su casa?	☐ Sí	☐ No
¿Prueba las baterías una vez al mes?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene los fósforos fuera de la vista y del alcance de su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las parrillas, las chimeneas y los calentadores?	☐ Sí	☐ No
Seguridad al aire libre		
Cuando su hijo juega afuera, ¿se asegura de que permanezca dentro de las vallas y puertas?	☐ Sí	☐ No
¿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
¿Le ha enseñado a su hijo a tener cuidado con los perros, especialmente si están comiendo o no los conoce?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en su casa o cerca de ella?	☐ No	☐ Sí
¿Siempre le pone protector solar a su hijo cuando juega afuera?	☐ 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>.

