



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 6 meses

Para poder brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.
Por favor conteste todas las preguntas. ¡Muchas gracias!

¿De qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene alguna preocupación, pregunta o problema que le gustaría tratar hoy?

Nos interesa contestar sus preguntas. Por favor marque las cajitas correspondientes a los temas que quisiera tratar hoy.

Cómo está su familia	<input type="checkbox"/> Ser un buen padre/madre y pareja <input type="checkbox"/> Dónde pedir ayuda <input type="checkbox"/> Buscar un buen cuidado infantil <input type="checkbox"/> Buscar y vincularse a grupos de juego
Desarrollo del bebé	<input type="checkbox"/> Cómo aprende su bebé <input type="checkbox"/> Cómo se calma el bebé por su cuenta <input type="checkbox"/> Proteger al bebé mientras duerme <input type="checkbox"/> Rutinas a la hora de dormir <input type="checkbox"/> Cómo se duerme el bebé por su cuenta <input type="checkbox"/> El peso del bebé
Alimentar al bebé	<input type="checkbox"/> Comenzar a darle alimentos sólidos <input type="checkbox"/> Incorporar nuevos alimentos <input type="checkbox"/> Cuánto debe comer <input type="checkbox"/> Tomar de un vaso <input type="checkbox"/> Seguir dándole leche materna o de fórmula <input type="checkbox"/> Alergias a alimentos
Dientes sanos	<input type="checkbox"/> Lavarle los dientes al bebé <input type="checkbox"/> Necesidad de suplementos de flúor
Seguridad	<input type="checkbox"/> Mantener la casa segura con un bebé que gatea <input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Prevenir caídas, quemaduras, asfixia y envenenamiento <input type="checkbox"/> Seguridad en la bañera y en el agua

Preguntas acerca de su bebé

¿Algún pariente del bebé ha desarrollado un problema médico nuevo desde su última visita? En caso de que sí, describir: Sí No No sé

Audición	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su bebé oye?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su bebé ve?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Plomo	¿Tiene el bebé un hermano o compañero de juegos que ha sufrido de intoxicación con plomo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Vive su bebé o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1978 que está siendo o ha sido renovada o remodelada recientemente (en los últimos 6 meses)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Vive su bebé o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1950?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Tuberculosis	¿Nació su bebé en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha viajado su niño por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis (o ha estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina un familiar o un contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Está infectado su niño con el VIH (Virus del SIDA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Salud oral	¿Sufre usted o alguien en la familia de caries dentales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Acuesta a dormir al niño con un biberón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Le da el pecho a su niño continuamente a través de la noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

¿Tiene su bebé alguna necesidad especial de cuidado de salud? No Sí, describir:

¿Ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

Mudanza Cambio de empleo Separación Divorcio Muerte en la familia ¿Algún otro cambio?



Durante las pasadas 2 semanas, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido afectada por alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
2. Se siente decaída, deprimida o desconsolada Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Adaptado con permiso de "Identificación eficiente de adultos con depresión y demencia", 9/15/2004, *American Family Physician* Derechos Reservados © 2004 Academia Americana de Médicos de Familia. Todos los derechos reservados.

¿Vive su bebé con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume? No Sí

Su bebé crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su bebé? No Sí, describir

Marque cada una de las cosas que su bebé es capaz de hacer:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se da la vuelta | <input type="checkbox"/> Le gusta mirar a su alrededor | <input type="checkbox"/> Se sienta brevemente y se inclina hacia delante |
| <input type="checkbox"/> Comienza a reconocer su nombre | <input type="checkbox"/> Le gusta jugar con usted | <input type="checkbox"/> Le sonríe a la gente conocida |
| <input type="checkbox"/> Balbucea y trata de "hablarle" | <input type="checkbox"/> Se lleva las cosas a la boca | |



American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.

ACCOMPANIED BY/INFORMANT	PREFERRED LANGUAGE	DATE/TIME	
DRUG ALLERGIES		CURRENT MEDICATIONS	
WEIGHT (%)	LENGTH (%)	WEIGHT FOR LENGTH (%)	HEAD CIRC (%)

See growth chart.

Name _____

ID NUMBER _____

TEMPERATURE _____ BIRTH DATE _____ AGE _____

M F

History

Previsit Questionnaire reviewed Child has special health care needs

Concerns and questions None Addressed (see other side)

Follow-up on previous concerns None Addressed (see other side)

Interval history None Addressed (see other side)

Medication Record reviewed and updated

Physical Examination

= NL

Bright Futures Priority

- SKIN (rashes, bruising)
- EYES (red reflex/strabismus/ appears to see)
- HEART
- FEMORAL PULSES
- MUSCULOSKELETAL (torticollis)
- HIPS
- NEUROLOGIC (tone, strength, symmetry)

Additional Systems

- GENERAL APPEARANCE
- EARS/APPEARS TO HEAR
- NOSE
- MOUTH AND THROAT
- LUNGS
- ABDOMEN
- HEAD/FONTANELLE
- GENITALIA
- Male/Testes down
- Female
- BACK
- EXTREMITIES
- TEETH

Abnormal findings and comments _____

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. No interval change

Family situation

Parental support—work/family balance _____

Maternal depression Y N _____

Parents working outside home: Mother Father

Child care: Yes No Type _____

Changes since last visit _____

Assessment

Well child

Review of Systems

See Initial History Questionnaire and Problem List.

No interval change

Changes since last visit _____

Nutrition: Breast milk Minutes per feeding _____

Hours between feeding _____ Feedings per 24 hours _____

Problems with breastfeeding _____

Formula Ounces per feeding _____

Source of water _____ Vitamins/Fluoride _____

Elimination: NL _____

Sleep: NL _____

Behavior: NL _____

Activity (tummy time, no TV): NL _____

Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

- FAMILY FUNCTIONING
- NUTRITION AND FEEDING
 - Breastfeeding (vitamin D, iron supplement)
 - Iron-fortified formula
 - Solid foods
 - Types and amounts
 - Begin cup
 - Elimination
- INFANT DEVELOPMENT
 - Social development
 - Communication skills
 - Sleep
- ORAL HEALTH
 - Brush teeth
 - Avoid bottle in bed
- SAFETY
 - Car safety seat
 - Poisons
 - Burns
 - Hot water
 - Falls
 - Infant walkers
 - Drowning
 - Choking (finger foods)
 - Kitchen safety

Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

- PHYSICAL DEVELOPMENT
 - Sits briefly, leaning forward
 - Rolls over
- COGNITIVE
 - Uses visual exploration
 - Beginning to use oral exploration
- COMMUNICATIVE
 - Uses a string of vowels (ah, eh, oh)
 - Beginning to recognize own name
 - Enjoys vocal turn taking
- SOCIAL-EMOTIONAL
 - Shows pleasure from interactions with parents or others

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results _____

Referral to _____

Follow-up/Next visit _____

See other side

Print Name	Signature
PROVIDER 1	_____
PROVIDER 2	_____





Consejos de Bright Futures para los padres Visita de los 6 meses

Estas son algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser de utilidad para su familia.

Alimentar a su bebé

- A esta edad, la mayoría de bebés han duplicado el peso con el que nacieron.
- El crecimiento de su bebé comenzará a disminuir.
- Si sigue dándole pecho a su bebé, ¡excelente! Continúe hasta que ambos quieran.
- Si está dándole leche de fórmula, use una fórmula con hierro.
- Cuando su bebé esté listo, puede empezar a darle alimentos sólidos.
- Estos son algunos signos de que está listo para comer sólidos:
 - Abre la boca para recibir la cuchara.
 - Se sienta con apoyo.
 - Buen control de la cabeza y el cuello.
 - Muestra interés en lo que usted come.

Darle nuevos alimentos

- Déle a su bebé un nuevo alimento a la vez.
 - Cereal enriquecido con hierro
- Buenas fuentes de hierro como
 - Carnes rojas
- Comience a darle frutas y verduras luego de que esté comiendo cereal enriquecido con hierro y compotas de carnes.
 - Ofrézcale 1 a 2 cucharadas de alimentos sólidos 2 a 3 veces al día.
- Evite darle de comer más de la cuenta guiándose por las señas de que está lleno:
 - Se inclina hacia atrás
 - Voltea la cara
- No obligue a su bebé a comer o a terminarse la comida.
 - Pueden necesitarse de 10 a 15 intentos hasta que le empiece a gustar un alimento.
- Evite alimentos que causan alergias: maní, nueces, pescados y mariscos.

- Para prevenir la asfixia:
 - Déle alimentos para comer con las manos que sean muy suaves y pequeños.
 - Mantenga los objetos pequeños y las bolsas plásticas lejos del bebé.

El bienestar de su familia

- Pida ayuda a otras personas.
- Estimule a su pareja a ayudarlo a cuidar al bebé.
- Si se siente sola, pregúntenos sobre recursos útiles.
- Invite a sus amigos a casa o vincúlese a un grupo de padres.
- Elija una niñera madura, adiestrada y responsable o una buena guardería infantil
- Consúltenos sobre sus opciones de cuidado infantil.

Dientes sanos

- A muchos bebés les comienzan a salir los dientes.
- Conforme salen los dientes, límpielos con un pañito o un cepillo de dientes suave y agua sola.
- Pregúntenos sobre la necesidad del flúor.
- No le dé un biberón en la cama.
- No recueste el biberón para que se lo tome solito.
- Tenga horarios regulares para las comidas. No le permita comer todo el día.

El desarrollo de su bebé

- Siente a su bebé para que pueda mirar a su alrededor.
- Háblele imitando sus balbuceos.
- Miren y lean libros juntos.
- Hágale juegos como taparle y destaparle la cara y hacer palmitas.

- Fomente el juego activo con espejos, gimnasios de piso y juguetes coloridos para agarrar.
- Si su bebé está inquieto, déle un juguete seguro para que lo agarre y se lo lleve a la boca. Siga un horario fijo para las siestas y la hora del juego.

Cuna/Corral

- Ponga a su bebé a dormir boca arriba.
 - En una cuna que satisface las normas actuales de seguridad, sin barreras laterales que puedan bajarse y barrotes distanciados a no más de 2 3/8 de pulgada. Obtenga más información en el sitio web de la Comisión para la Seguridad de Productos para el Consumidor (Consumer Product Safety Commission) en www.cpsc.gov.
 - Si la cuna tiene una barrera lateral corrediza que puede bajarse, manténgala siempre arriba y bloqueada. Contacte al fabricante de la cuna para averiguar si hay un dispositivo que impida que la barrera lateral corrediza pueda bajar.
 - Mantenga fuera de la cuna los objetos suaves y las partes sueltas de la cama, como edredones, almohadas, cojines de protección y juguetes.
 - Baje el colchón de su bebé lo más posible.
 - Si usa un corral de malla, asegúrese de que la trama sea menos de 1/4 de pulgada.

Seguridad

- Use un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero de todos los vehículos, incluso para viajes muy cortos.
- Nunca coloque a su bebé en el asiento delantero de un vehículo con bolsa de aire para el pasajero.

NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

EN FAMILIA

SALUD ORAL

DESARROLLO INFANTIL

DESARROLLO INFANTIL

SEGURIDAD



American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría, Actualizado en 10/11. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.



Consejos de Bright Futures para los padres Visita de los 6 meses

Estas son algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser de utilidad para su familia.

SEGURIDAD

- No deje solo a su bebé en la tina de baño ni en lugares altos como cambiadores, camas o sofás.
- Cuando esté en la cocina, mantenga a su bebé en una silla para comer o en un corral.
- No use un andador para bebé.
- Instale rejas en las escaleras.
- Cierre las puertas de los cuartos donde su bebé pueda lastimarse, como el baño.
- Para prevenir quemaduras, ajuste el calentador de agua para que la temperatura del agua del grifo sea de 120 °F o menos.
- Gire las manijas de las ollas hacia adentro en la estufa.
- No deje conectados los aparatos para secar, alisar o rizar el cabello.
- Nunca deje solo a su bebé cerca del agua ni en una tina, aunque esté sentado en una silla o aro de tina.
 - Esté siempre tan cerca de su bebé, que pueda tocarlo.
- Guarde los productos tóxicos, medicinas y detergentes bajo llave; llame a Poison Help si su bebé traga un producto tóxico.

Qué esperar en la visita de los 9 meses

Hablaremos de:

- Cómo disciplinar a su bebé
- Incorporar nuevos alimentos y establecer una rutina
- Ayudar a su bebé a que aprenda
- Asientos de seguridad para el auto
- Seguridad en el hogar

Poison Help (Intoxicaciones): 1-800-222-1222

Inspección de asiento de seguridad para el auto:
1-866-SEATCHECK; seatcheck.org



American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría, Actualizado en 10/11. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.