



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 12 meses

Para poder brindarle a usted y a su niño(a) 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.

Apoyo familiar	<input type="checkbox"/> Cómo controlar la conducta de su niño	<input type="checkbox"/> Reservar tiempo para usted	<input type="checkbox"/> Actividades en familia dentro de la comunidad			
Establecer rutinas	<input type="checkbox"/> Rutina de las siestas	<input type="checkbox"/> Rutina a la hora de acostarse	<input type="checkbox"/> Lavarse los dientes	<input type="checkbox"/> Iniciar tradiciones familiares		
Alimentar a su niño(a)	<input type="checkbox"/> Usar una cuchara y un vaso	<input type="checkbox"/> Opciones de alimentos saludables	<input type="checkbox"/> Cuántas comidas y meriendas al día	<input type="checkbox"/> Cuánto debe comer su niño	<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito y el crecimiento	<input type="checkbox"/> El peso de su niño
Buscar un dentista	<input type="checkbox"/> El primer chequeo dental de su niño	<input type="checkbox"/> Lavarle los dientes dos veces al día	<input type="checkbox"/> Chuparse el dedo, chupones y biberones			
Seguridad	<input type="checkbox"/> Seguridad dentro y fuera de la casa	<input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto	<input type="checkbox"/> Seguridad en el agua	<input type="checkbox"/> Seguridad con las armas	<input type="checkbox"/> Niños mayores cuidando al niño	<input type="checkbox"/> Comidas que pueden causar asfixia

Preguntas acerca de su niño(a)

¿Algún pariente del niño 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 niño oye?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño ve?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se acerca su niño los objetos para tratar de enfocarlos con la vista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se ven raros los ojos del niño o parece como si estuvieran cruzados, desviados o desalineados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se le caen los párpados al niño o uno de los párpados tiende a cerrarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido el niño alguna lesión en los ojos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Plomo	¿Tiene el niño un hermano o compañero de juegos que se ha intoxicado con plomo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Vive su niño 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 niño 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 niño 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	¿Conoce un dentista al que pueda llevar a su niño?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Contiene flúor la fuente principal de agua que su niño bebe?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé

¿Tiene su niño 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?

¿Vive su niño con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume?

- No Sí

Su niño(a) crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su niño?

- No Sí, describir:

Marque cada una de las cosas que su niño(a) es capaz de hacer:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Golpea un juguete contra otro | <input type="checkbox"/> Trata de imitar los sonidos que usted hace | <input type="checkbox"/> Dice adiós con la mano |
| <input type="checkbox"/> Mira las cosas que usted está mirando | <input type="checkbox"/> Intenta hacer lo que usted hace | <input type="checkbox"/> Llora cuando usted se va |
| <input type="checkbox"/> Se para solito(a) | <input type="checkbox"/> Le entrega un libro para que se lo lea | <input type="checkbox"/> Toma de un vaso |
| <input type="checkbox"/> Sigue instrucciones sencillas | <input type="checkbox"/> Dice 1 ó 2 palabras | <input type="checkbox"/> Juega a taparse la cara y descubrirse |
| <input type="checkbox"/> Balbucea | | |



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 (%) <small>See growth chart.</small>	LENGTH (%)	WEIGHT FOR LENGTH (%)
		HEAD CIRC (%)

Name
ID NUMBER
TEMPERATURE
BIRTH DATE
AGE
M F

History

<input type="checkbox"/> Previsit Questionnaire reviewed	<input type="checkbox"/> Child has special health care needs
<input type="checkbox"/> Child has a dental home	

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

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. No interval change

Family situation

Parents working outside home: Mother Father

Child care: Yes No Type _____

Changes since last visit _____

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 _____
 Formula Ounces per feeding _____
 Source of water _____ Vitamins/Fluoride _____

Elimination: NL _____

Sleep: NL _____

Behavior: NL _____

Activity (playtime, no TV): NL _____

Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE	<input type="checkbox"/> PHYSICAL
• Waves bye-bye	• Speaks 1-2 words	DEVELOPMENT
• Tries to do what you do	• Babbles	• Bangs toys together
• Cries when you leave	• Tries to make the same sounds you do	• Pulls to stand
• Plays peekaboo	• Looks at things you are looking at	• Stands alone
• Hands you a book to read	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	• Drinks from a cup
	• Follows simple directions	

Physical Examination

= NL

Bright Futures Priority

- EYES (red reflex, cover/uncover test)
- NEUROLOGIC (tone, strength, gait)
- TEETH (caries, white spots, staining)
- GENITALIA
 - MALE/TESTES DOWN
 - FEMALE

Additional Systems

- GENERAL APPEARANCE
- HEAD/FONTANELLE
- EARS/APPEARS TO HEAR
- NOSE
- MOUTH AND THROAT
- HEART
 - Femoral pulses
- EXTREMITIES/HIPS
- LUNGS
- ABDOMEN
- BACK
- SKIN

Abnormal findings and comments _____

Assessment

Well child

Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

<input type="checkbox"/> FAMILY SUPPORT	<input type="checkbox"/> FEEDING AND APPETITE	<input type="checkbox"/> SAFETY
• Time for self/partner	CHANGES	• Car safety seat
• Community activities	• Self-feeding	• Poisons
• Age-appropriate discipline	• Consistent meals/snacks	• Water
<input type="checkbox"/> ESTABLISHING ROUTINES	• Variety of nutritious foods	• No supervision by young children
• Family traditions	• Iron-fortified formula	• Sharp objects
• Nap and bedtime	<input type="checkbox"/> ESTABLISHING A DENTAL HOME	• Guns
	• First dentist visit	• Home safety
	• Brush teeth twice a day	• Falls
	• Limit bottle use (water only)	
	• No bottle in bed	

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results: Hgb/Hct Lead Other _____

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 12 meses

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

Apoyo familiar

- Trate de no pegarle, darle palmadas ni gritarle a su niño(a).
- Establezca reglas concisas y sencillas.
- Imponga pausas obligadas cortas cuando su niño se porte mal.
- Elógielo cuando se porte bien.
- Distráigalo con algo que le guste cuando se porte mal.
- Juegue con su niño y léale a menudo.
- Asegúrese de que todos los que cuidan al niño le den alimentos sanos, que no le den dulces y que usen las mismas reglas de disciplina.
- Compruebe que los lugares donde su niño esté sean seguros.
- Considere la idea de vincularse a un grupo de juegos o tomar una clase de orientación para padres.
- Reserve tiempo para usted y para estar con su pareja.
- Manténgase en contacto con familiares y amigos.

APOYO FAMILIAR

Establecer rutinas

- Su niño debe tomar por lo menos una siesta. Distánciela para que esté cansado al acostarlo en la noche.
- Trate que la hora de ir a la cama sea un momento cariñoso y relajado.
- Cree una rutina sencilla de buenas noches. Incluya un libro.
- Evite que su niño vea televisión y videos; no le permita ver algo que lo asuste.
- Tenga en cuenta que el miedo a los desconocidos es normal y que comienza a aumentar a esta edad.
- Respete los temores del niño y pida a los desconocidos que se acerquen lentamente.
- Evite ver televisión durante el tiempo en familia.
- Inicie tradiciones familiares como leer juntos o dar un paseo.

ESTABLECER RUTINAS

Alimentar a su niño(a)

- Haga que su niño coma en familia.
- Sea paciente con el niño conforme aprende a comer sin ayuda.
- Anímelo a comer por su cuenta.
- Déle 3 comidas y 2 a 3 bocaditos espaciados de manera pareja durante el día para evitar las rabietas.
- Compruebe que quienes cuidan al niño sigan las mismas ideas y rutinas de alimentación.
- Use un plato y un vaso pequeño para el niño.
- Déle alimentos sanos a las comidas y meriendas.
- Permita que su niño decida qué comer y cuánto comer.
- Termine de alimentarlo cuando deje de comer.
- Evite alimentos pequeños y duros que provocan asfixia: nueces, palomitas de maíz, salchichas (hot dogs), uvas y verduras duras y crudas.

CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN Y EL APETITO

Seguridad

- Mantenga el asiento de seguridad para el auto orientado hacia atrás hasta que su niño cumpla dos años de edad o hasta que alcance el máximo peso o estatura permitido por el fabricante del asiento.
- Guarde los productos tóxicos, medicinas, productos para el césped y detergentes bajo llave. Llame a Poison Help (1-800-222-1222) si su niño traga algo que no sea comestible.
- Mantenga los objetos pequeños, los globos y las bolsas plásticas lejos de su niño.
- Instale rejas en los extremos de las escaleras y seguros en las ventanas del segundo piso en adelante. Aleje los muebles de las ventanas.

SEGURIDAD

- Guarde bajo llave los cuchillos y las tijeras.
- Deje a su niño al cuidado de un adulto maduro.
- Cuando el niño esté en el agua o cerca de la misma, manténgase tan cerca que pueda tocarlo.
- Vacíe los cubos, piscinas y bañeras apenas los termine de usar.
- No tenga armas en su casa. Si debe tener un arma, guárdela bajo llave sin las municiones y guarde las municiones en otro lugar bajo llave.

SEGURIDAD

Buscar un dentista

- Lleve a su niño a su primer chequeo dental a los 12 meses de edad.
- Lávele los dientes dos veces al día.
- Sólo con agua y con un cepillo de dientes suave.
- Si usa un biberón, ofrézcale sólo agua

HÁBITOS DE HIGIENE DENTAL

Qué esperar en la visita de los 15 meses

Hablaremos de:

- El lenguaje y los sentimientos de su niño
- Una buena noche de sueño
- Mantener su casa segura para su niño
- Rabieta y disciplina
- Cuidar los dientes del niño

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 8/11. 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.