



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 18 MES

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Las evaluaciones de desarrollo infantil y de trastornos del espectro autista 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 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.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Participar con otros para jugar. | <input type="checkbox"/> Girar y mirar a un adulto si sucede algo nuevo. | <input type="checkbox"/> Subir escaleras con 2 pies por escalón con la ayuda de su mano. |
| <input type="checkbox"/> Ayudar a vestirse y desvestirse. | <input type="checkbox"/> Empezar a recoger con una cuchara. | <input type="checkbox"/> Sentarse en una silla pequeña. |
| <input type="checkbox"/> Señalar los dibujos de un libro. | <input type="checkbox"/> Usar palabras para pedir ayuda. | <input type="checkbox"/> Llevar un juguete mientras camina. |
| <input type="checkbox"/> Señalar un objeto interesante para dirigir su atención a ella. | <input type="checkbox"/> Identificar al menos dos partes del cuerpo. | <input type="checkbox"/> Garabatear espontáneamente. |
| | <input type="checkbox"/> Nombrar, al menos, 5 objetos familiares, como la pelota o la leche. | <input type="checkbox"/> Lanzar una pelota pequeña a unos metros de donde está parado. |

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Felicita a su hijo por su buen comportamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites que usted para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si está planeando tener otro bebé, ¿ha pensado en cómo preparará a su hijo?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

HABLAR Y COMUNICARSE

¿Lee, canta y habla con su hijo sobre lo que está viendo y haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Señala con la mano para decir "adiós"?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza palabras sencillas para decirle a su hijo qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

SU HIJO Y LA TELEVISIÓN

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
Si su hijo utiliza los medios de comunicación, ¿observa usted los programas que su hijo ve o la actividad que realiza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

¿Proporciona una variedad de verduras, frutas y otros alimentos nutritivos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo come mucha comida que describiría como comida chatarra?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar alimentos nuevos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad para auto orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos los demás en el auto siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre otras maneras de mantener su casa segura?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Protección solar		
¿Le pone protector solar a su hijo cada vez que juega afuera?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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: 18 Month Visit*

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