



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 2 MES

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Controlar la depresión materna 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 BEBÉ Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más le 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.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Devolver la sonrisa.   | <input type="checkbox"/> Hacer sonidos de arrullo cortos.   | <input type="checkbox"/> Sostener su barbilla hacia arriba cuando está boca abajo. |
| <input type="checkbox"/> Hacer sonidos que le hagan saber que él es feliz o que está molesto. | <input type="checkbox"/> Mover los brazos y piernas juntos. | <input type="checkbox"/> Abrir y cerrar las manos.                                 |

## VISITA MÉDICA DEL 2 MES

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

<b>Visión</b>	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
---------------	--	--------------------------	--------------------------	---

### RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

#### ¿Cómo está usted, su bebé y su familia?

#### LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

<b>Condición de vida y seguridad alimenticia</b>			
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Posee los elementos necesarios para cuidar de su bebé, como una cuna, un asiento de seguridad para niños y pañales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su casa tiene calefacción, agua caliente y electricidad suficientes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuenta con un seguro de salud para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
<b>Asistencia familiar</b>			
¿Está descansando lo suficiente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Ha salido de la casa sin su bebé (por ejemplo, a la tienda, a restaurantes o de paseo)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Ha encontrado a alguien que cuide de su bebé cuando regrese al trabajo o a la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
En caso afirmativo, ¿se siente cómoda con estos arreglos?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

#### CÓMO SE SIENTE

¿Ha tenido su chequeo de 6 semanas después del nacimiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con ellos?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

#### CUIDADOS DEL BEBÉ

<b>Su bebé en crecimiento</b>			
¿Disfruta cuidando de su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Usted y su bebé "hablan" juntos durante sus rutinas diarias?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Se siente cómodo y confiado en sus habilidades como padre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su bebé está comenzando a desarrollar patrones de sueño regulares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Coloca al bebé boca abajo durante períodos cortos cuando está despierto y con usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene maneras de calmar a su bebé cuando está llorando?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Alguna vez ha tenido miedo de que usted u otros cuidadores puedan lastimar al bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	

#### ALIMENTAR AL BEBÉ

<b>Información general</b>			
¿Tiene alguna pregunta sobre la alimentación de su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Está alimentando a su bebé con otro producto que no sea leche materna o fórmula?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

## VISITA MÉDICA DEL 2 MES

### ALIMENTAR AL BEBÉ (CONTINUACIÓN)

**Si está amamantando, responda estas preguntas.**

¿Está dando gotas de vitamina D al bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene preguntas sobre cómo extraer y almacenar la leche materna?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.**

¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene preguntas sobre cómo utilizar la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

### 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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre está al alcance de la mano cuando su bebé está en el agua o cerca de ella?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre las cosas que puede hacer para mantener a su bebé a salvo en casa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

**Dormir de manera segura**

¿El bebé duerme boca arriba?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en una cuna?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en su habitación?	<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>.

