

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. 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 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"/> Mantenerse despierto durante un corto tiempo para alimentarse. | <input type="checkbox"/> Calmarse con la voz de un adulto. | <input type="checkbox"/> Mover los brazos y las piernas al mismo tiempo cuando se asusta. |
| <input type="checkbox"/> Hacer un breve contacto visual con un adulto cuando se lo sostiene en brazos. | <input type="checkbox"/> Levantarse y girar la cabeza hacia un lado brevemente cuando esté boca abajo. | <input type="checkbox"/> Mantener sus manos cerradas en puño. |
| <input type="checkbox"/> Llorar cuando se siente incómoda. | | |

VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Visión	¿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

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿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
¿Necesita ayuda para encontrar servicios de asistencia comunitaria, como WIC o cupones para alimentos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Asistencia familiar		
¿Busca en Internet para aprender a cuidar a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

CONOCER A SU BEBÉ

Cómo se siente		
¿Duerme cuando el bebé duerme?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su pareja u otros miembros de la familia ayudan con el bebé?	<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

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Le lee a su bebé?	<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
¿Es capaz su bebé de despertarse completamente para alimentarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene preguntas sobre cómo calmar a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Cuándo llamar a su médico/planificación de emergencia		
¿Sabe tomar la temperatura rectal del bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una lista de números de teléfono de emergencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo llevar a su bebé a lugares públicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general		
¿Se alimenta bien su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo está creciendo su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene problemas para hacer eructar a su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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
¿Tiene su bebé 5 o 6 pañales desechables mojados (o 6-8 pañales de tela) y 3 o 4 deposiciones al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

ALIMENTAR AL BEBÉ (CONTINUACIÓN)

Si está amamantando, responda estas preguntas.		
Amamantar, ¿es incómodo o doloroso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Come alimentos ricos en proteínas (como huevos, carne magra, carne de aves, pescados o frijoles) todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Continúa tomando las vitaminas prenatales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Toma alguna medicación (ya sea de venta libre o con receta) o suplemento herbal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está dando gotas de vitamina D al bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
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 alguna pregunta 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
¿Ha comenzado a desarrollar hábitos que le ayudarán a evitar que se olvide de su bebé en el auto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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
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>.

