



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo 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 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"/> Está empezando a saltar. | <input type="checkbox"/> Untar con un cuchillo. | <input type="checkbox"/> Jugar e interactuar con los compañeros. |
| <input type="checkbox"/> Caminar en puntas de pie cuando se le pide. | <input type="checkbox"/> Vestirse y desvestirse sin ayuda. | <input type="checkbox"/> Contestar las preguntas de "por qué". |
| <input type="checkbox"/> Atrapar una pelota que rebota con 2 manos. | <input type="checkbox"/> Orinar y tener una evacuación intestinal por su cuenta. | <input type="checkbox"/> Contar 5 objetos. |
| <input type="checkbox"/> Copiar un triángulo. | <input type="checkbox"/> Está seco durante todo el día. | <input type="checkbox"/> Nombrar 3 o más números individuales. |
| <input type="checkbox"/> Dibujar una persona de 6 partes. | <input type="checkbox"/> Contar una historia de 2 frases o más. | <input type="checkbox"/> Nombrar 4 o más letras en orden alfabético. |
| <input type="checkbox"/> Copiar el nombre de pila. | <input type="checkbox"/> Siga las instrucciones para 4 preposiciones individuales, tales como <i>sobre, debajo, detrás y delante de</i> . | <input type="checkbox"/> Escribir 2 o más letras. |
| <input type="checkbox"/> Cortar bien con tijeras. | | |

VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

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
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
Tuberculosis	¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<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?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Violencia en el vecindario y en la familia (intimidación y peleas)		
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Seguridad alimentaria		
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
Alcohol y drogas		
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Seguridad emocional y autoestima		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Relación con la familia		
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES

¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le hace saber a su hijo cuándo se está portando bien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo problemas para lidiar con los sentimientos de enojo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ayuda a su hijo a controlar su ira?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

ESCUELA

¿Su hijo asistió a un programa preescolar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha comenzado la escuela primaria?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna preocupación sobre la experiencia escolar de su hijo?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
¿Puede usted asistir a actividades o funciones en la escuela de su hijo?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Está su hijo involucrado en actividades después de la escuela?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

MANTENERSE SALUDABLE

Dientes saludables		
¿Su hijo se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ve su hijo al dentista dos veces al año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nutrición		
¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su hijo? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo toma refrescos, jugos u otras bebidas endulzadas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo desayuna todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Actividad física		
¿Está su hijo físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphone (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo está bien sujeto en un asiento de seguridad para automóvil o en un asiento elevado con cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos los demás en el vehículo 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
Seguridad al aire libre		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Conoce su hijo hábitos de seguridad en la calle, como detenerse en la acera, mirar a ambos lados y nunca cruzar la calle sin un adulto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe nadar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad contra incendios en el hogar		
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento instalados en todos los niveles de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene detectores/alarmas de monóxido de carbono en su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hijo qué hacer si suena la alarma de incendio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 5 AÑO

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

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
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Daños por parte de los adultos		
¿Le ha enseñado a hija que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hija que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes privadas?	<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, dirijase a <https://brightfutures.aap.org>.

