



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 4 meses

Para poder brindarle a usted y a su bebé la mejor atención 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.

Cómo está su familia	<input type="checkbox"/> Reservar tiempo para usted <input type="checkbox"/> Reservar tiempo a solas con su pareja <input type="checkbox"/> Pasar tiempo a solas con cada hijo <input type="checkbox"/> Regresar al trabajo o la escuela <input type="checkbox"/> Cómo debe ser un buen cuidado infantil
Crecimiento del bebé	<input type="checkbox"/> Dónde duerme su bebé <input type="checkbox"/> Cómo duerme su bebé <input type="checkbox"/> Proteger al bebé mientras duerme <input type="checkbox"/> Poner al bebé boca abajo a la hora del juego <input type="checkbox"/> Cómo calmar a su bebé <input type="checkbox"/> Mantener las rutinas diarias
Alimentar al bebé	<input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> Alimentarlo con fórmula <input type="checkbox"/> Cómo está creciendo su bebé <input type="checkbox"/> Comenzar a darle alimentos sólidos <input type="checkbox"/> Alergias a alimentos <input type="checkbox"/> El peso de su bebé
Dientes sanos	<input type="checkbox"/> Usar un chupón <input type="checkbox"/> Salida de los dientes <input type="checkbox"/> Babear <input type="checkbox"/> No usar el biberón en la cama
Seguridad	<input type="checkbox"/> Asiento de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Prevenir caídas, quemaduras y asfixia <input type="checkbox"/> No usar andadores <input type="checkbox"/> Ahogamientos y piscinas <input type="checkbox"/> Cómo saber si hay plomo en su casa <input type="checkbox"/> Revisar la temperatura del agua caliente

Preguntas acerca de su bebé

¿Algún pariente del bebé 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 bebé oye?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su bebé ve?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Anemia	¿Toma su bebé algo más aparte de leche materna o fórmula enriquecida con hierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

¿Tiene su bebé alguna necesidad especial de cuidado de salud? No Sí, describir:

Aparte del nacimiento de su bebé, ¿ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

Mudanza Cambio de empleo Separación Divorcio Muerte en la familia ¿Algún otro cambio?

¿Vive su bebé con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume? No Sí

Su bebé crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su bebé? No Sí, describir:

Marque cada una de las cosas que su bebé es capaz de hacer:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sonríe para captar su atención | <input type="checkbox"/> Le gusta que lo abracen | <input type="checkbox"/> Sostiene la cabecita cuando lo sienta en su regazo |
| <input type="checkbox"/> Le hace saber cuando le gusta algo | <input type="checkbox"/> Comienza a darse la vuelta y trata de alcanzar objetos | <input type="checkbox"/> Le hace saber cuando algo no le gusta |
| <input type="checkbox"/> Quiere que usted juegue con él/ella | <input type="checkbox"/> Usa los brazos para levantar el pecho | <input type="checkbox"/> Se puede tranquilizar por sí mismo |
| <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

Previsit Questionnaire reviewed Child has special health care needs

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

Physical Examination

= NL

Bright Futures Priority

- SKIN (rashes, bruising)
- HEAD/FONTANELLE (positional skull deformities)
- EYES (red reflex/strabismus/ appears to see)
- HEART
- FEMORAL PULSES
- MUSCULOSKELETAL (torticollis)
- HIPS
- NEUROLOGIC (tone, strength, symmetry)

Additional Systems

- GENERAL APPEARANCE
- LUNGS
- EARS/APPEARS TO HEAR
- NOSE
- MOUTH AND THROAT
- ABDOMEN
- GENITALIA
- Male/Testes down
- Female
- EXTREMITIES
- BACK

Abnormal findings and comments _____

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. No interval change

Family situation

Parental support—work/family balance _____

Parents working outside home: Mother Father

Child care: Yes No Type _____

Changes since last visit _____

Assessment

Well child

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 _____

Problems with breastfeeding _____

Formula Ounces per feeding _____

Source of water _____ Vitamins/Fluoride _____

Elimination: NL _____

Sleep: NL _____

Behavior: NL _____

Activity (tummy time): NL _____

Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

- FAMILY FUNCTIONING
- NUTRITIONAL ADEQUACY AND GROWTH
 - Breastfeeding (vitamin D, iron supplement)
 - Iron-fortified formula
 - Solid foods
 - When and how to add
 - Weight gain and growth spurts
 - Elimination
- INFANT DEVELOPMENT
 - Social development
 - Communication skills
 - Physical (tummy time)
 - Daily routines
 - Sleep
- ORAL HEALTH
 - Don't share utensils/pacifier
 - Avoid bottle in bed
- SAFETY
 - Car safety seat
 - Burns
 - Hot liquids
 - Water heaters
 - Falls
 - Walkers
 - Choking
 - Drowning
 - Lead poisoning

Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

- PHYSICAL DEVELOPMENT
 - Pushes chest up to elbows
 - Good head control
 - Symmetry in movements
 - Begins to roll and reach for objects
- COGNITIVE
 - Responds to affection
 - Indicates pleasure and displeasure
- COMMUNICATIVE
 - Spontaneous expressive babbling
- SOCIAL-EMOTIONAL
 - Social smile
 - Elicits social interactions
 - Can calm down on own

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results _____

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 4 meses

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

EN FAMILIA

El bienestar de su familia

- Reserve tiempo para usted.
- Reserve tiempo para estar con su pareja.
- Pase tiempo a solas con sus demás hijos.
- Estimule a su pareja a ayudarlo a cuidar al bebé.
- Elija una niñera madura, adiestrada y responsable o una buena guardería infantil.
- Consúltenos sobre sus opciones de cuidado infantil.
- Cargue, abrace, hágale y cántele a su bebé todos los días.
- Para que su bebé duerma mejor, déle un masaje suave.
- Busque ayuda si usted y su pareja tienen conflictos. Nosotros podemos ayudarlos.

Alimentar a su bebé

- Alimente a su bebé sólo con leche materna o fórmula con hierro durante los primeros 4 a 6 meses.

Si le da pecho

- Si continúa dándole pecho a su bebé, ¡excelente!
- Planee extraerse y almacenar leche materna.

Si le da leche de fórmula

- Siga las medidas de precaución al preparar, calentar y almacenar la leche.
- Cargue a su bebé para que puedan verse a los ojos mientras lo alimenta.
- No recueste el biberón para que el bebé se lo tome solito.
- No le dé el biberón en la cuna.

Alimentos sólidos

- Cuando su bebé esté listo, puede empezar a darle alimentos sólidos.
- Estos son algunos signos de que está listo para comer sólidos:
 - Abre la boca para recibir la cuchara.
 - Se sienta con apoyo.
 - Buen control de la cabeza y el cuello.
 - Muestra interés en lo que usted come.

- Evite los alimentos que causan alergias: maní, nueces, pescado y mariscos.
- Evite darle de comer más de la cuenta guiándose por las señas de que está lleno:
 - Se inclina hacia atrás
 - Voltea la cara
- Pregúntenos por programas como WIC que pueden ayudarlo a obtener comida para usted si está dando de lactar, o leche de fórmula para el bebé.

Seguridad

- Use un asiento de seguridad orientado hacia atrás en todos los vehículos.
- Use siempre el cinturón de seguridad y no maneje habiendo consumido alcohol o drogas.
- Mantenga los objetos pequeños y las bolsas plásticas lejos de su bebé.
- Sostenga al bebé con una mano en cualquier superficie alta de la que pueda caerse y lastimarse.
- Para prevenir quemaduras, ajuste el calentador de agua para que la temperatura del agua del grifo sea de 120 °F o menos.
- No tome bebidas calientes mientras tiene a su bebé en brazos.
- Nunca deje solo a su bebé en una tina de baño, aunque esté colocado en una silla o aro de tina.
- La cocina es el cuarto más peligroso. No deje a su bebé gatear por allí; póngalo en un corral o una silla para comer.
- No use un andador para bebé.

Su bebé va cambiando

- Mantenga las rutinas de comidas y los horarios para dormir.

Cuna/Corral

- Ponga a su bebé a dormir boca arriba.
 - En una cuna que satisfice las normas actuales de seguridad, sin barreras laterales que puedan bajarse y barrotes distanciados a no más de 2 3/8 de pulgada. Obtenga más información en el sitio web

de la Comisión para la Seguridad de Productos para el Consumidor (Consumer Product Safety Commission) en www.cpsc.gov.

- Si la cuna tiene una barrera lateral corrediza que puede bajarse, manténgala siempre arriba y bloqueada. Contacte al fabricante de la cuna para averiguar si hay un dispositivo que impida que la barrera lateral corrediza pueda bajar.
- Mantenga fuera de la cuna los objetos suaves y las partes sueltas de la cama, como edredones, almohadas, cojines de protección y juguetes.
- Baje el colchón de su bebé.
- Si usa un corral de malla, asegúrese de que la trama sea menos de 1/4 de pulgada.

Hora del juego

- Descubra qué le gusta y qué no le gusta a su bebé.
- Estimule el juego activo.
 - Ofrézcale espejos, gimnasios de piso y juguetes coloridos para agarrar.
 - Coloque a su bebé boca abajo cuando esté despierto y usted lo pueda observar.
- Fomente el juego tranquilo.
 - Cargue a su bebé y hágale.
 - Léale a menudo.

El llanto

- Cuando su bebé lllore, déle un chupón o acérquele uno de sus deditos para que se lo chupe.

Dientes sanos

- Vaya al dentista dos veces al año. Es importante que mantenga sus dientes sanos para que no le pase al bebé bacterias que causan caries.
- No comparta cucharas ni vasos con su bebé ni trate de limpiar el chupón con su propia boca.
- Si su bebé tiene las encías adoloridas por la salida de los dientes, déle un aro de dentición frío.

NUTRICIÓN ADECUADA Y CRECIMIENTO

SEGURIDAD

DESARROLLO INFANTIL

DESARROLLO INFANTIL

SALUD ORAL



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 10/11. 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.



Consejos de Bright Futures para los padres

Visita de los 4 meses

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

Qué esperar en la visita de los 6 meses

Hablaremos de:

- Incorporar alimentos sólidos
- Buscar ayuda para su bebé
- Seguridad en la casa y en el auto
- Lavarle los dientes al bebé
- Leerle y enseñarle cosas al bebé

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 10/11. 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.