



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 12 meses

Para poder brindarle a usted y a su niño(a) la mejor atención de salud 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.

Apoyo familiar	☐ Cómo controlar la conducta de su niño	☐ Reservar tiempo para usted	☐ Actividades en familia dentro de la comunidad	
Establecer rutinas	☐ Rutina de las siestas	☐ Rutina a la hora de acostarse	☐ Lavarse los dientes	☐ Iniciar tradiciones familiares
Alimentar a su niño(a)	☐ Usar una cuchara y un vaso	☐ Opciones de alimentos saludables	☐ Cuántas comidas y meriendas al día	
	☐ Cuánto debe comer su niño	☐ Cambios en el apetito y el crecimiento	☐ El peso de su niño	
Buscar un dentista	☐ El primer chequeo dental de su niño	☐ Lavarle los dientes dos veces al día	☐ Chuparse el dedo, chupones y biberones	
Seguridad	☐ Seguridad dentro y fuera de la casa	☐ Asientos de seguridad para el auto	☐ Seguridad en el agua	
	☐ Seguridad con las armas	☐ Niños mayores cuidando al niño	☐ Comidas que pueden causar asfixia	

Preguntas acerca de su niño(a)

¿Algún pariente del niño 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 niño oye?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño habla?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño ve?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Se acerca su niño los objetos para tratar de enfocarlos con la vista?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Se ven raros los ojos del niño o parece como si estuvieran cruzados, desviados o desalineados?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Se le caen los párpados al niño o uno de los párpados tiende a cerrarse?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Ha tenido el niño alguna lesión en los ojos?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Plomo	¿Tiene el niño un hermano o compañero de juegos que se ha intoxicado con plomo?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Vive su niño o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1978 que está siendo o ha sido renovada o remodelada recientemente (en los últimos 6 meses)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Vive su niño o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1950?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Tuberculosis	¿Nació su niño en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Ha viajado su niño por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis (o ha estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina un familiar o un contacto?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Está infectado su niño con el VIH (Virus del SIDA)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Salud oral	¿Conoce un dentista al que pueda llevar a su niño?	☐ No	☐ Sí	☐ No sé
	¿Contiene flúor la fuente principal de agua que su niño bebe?	☐ No	☐ Sí	☐ No sé

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



¿Ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

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

¿Vive su niño con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume?

- ☐ No ☐ Sí

Su niño(a) crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su niño?

- ☐ No ☐ Sí, describir:

Marque cada una de las cosas que su niño(a) es capaz de hacer:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Golpea un juguete contra otro | ☐ Trata de imitar los sonidos que usted hace | ☐ Dice adiós con la mano |
| ☐ Mira las cosas que usted está mirando | ☐ Intenta hacer lo que usted hace | ☐ Lloro cuando usted se va |
| ☐ Se para solito(a) | ☐ Le entrega un libro para que se lo lea | ☐ Toma de un vaso |
| ☐ Sigue instrucciones sencillas | ☐ Dice 1 ó 2 palabras | ☐ Juega a taparse la cara y descubrirse |
| ☐ 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	Name	
DRUG ALLERGIES		CURRENT MEDICATIONS		ID NUMBER	
WEIGHT (%)	LENGTH (%)	WEIGHT FOR LENGTH (%)	HEAD CIRC (%)	TEMPERATURE	BIRTH DATE
				AGE	
See growth chart.				M F	

History

☐ Previsit Questionnaire reviewed	☐ Child has special health care needs
☐ Child has a dental home	

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

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. ☐ No interval change

Family situation

Parents working outside home: ☐ Mother ☐ Father

Child care: ☐ Yes ☐ No Type _____

Changes since last visit _____

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 _____
☐ Formula Ounces per feeding _____
Source of water _____ Vitamins/Fluoride _____

Elimination: ☐ NL _____

Sleep: ☐ NL _____

Behavior: ☐ NL _____

Activity (playtime, no TV): ☐ NL _____

Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

☐ SOCIAL-EMOTIONAL • Waves bye-bye • Tries to do what you do • Cries when you leave • Plays peekaboo • Hands you a book to read	☐ COMMUNICATIVE • Speaks 1-2 words • Babbles • Tries to make the same sounds you do • Looks at things you are looking at ☐ COGNITIVE • Follows simple directions	☐ PHYSICAL DEVELOPMENT • Bangs toys together • Pulls to stand • Stands alone • Drinks from a cup
--	--	---

Physical Examination

☒ = NL

Bright Futures Priority

- ☐ EYES (red reflex, cover/uncover test)
- ☐ NEUROLOGIC (tone, strength, gait)
- ☐ TEETH (caries, white spots, staining)
- ☐ GENITALIA
 - ☐ MALE/TESTES DOWN
 - ☐ FEMALE

Additional Systems

- ☐ GENERAL APPEARANCE
- ☐ HEAD/FONTANELLE
- ☐ EARS/APPEARS TO HEAR
- ☐ NOSE
- ☐ MOUTH AND THROAT
- ☐ HEART
 - ☐ Femoral pulses
- ☐ EXTREMITIES/HIPS
- ☐ LUNGS
- ☐ ABDOMEN
- ☐ BACK
- ☐ SKIN

Abnormal findings and comments _____

Assessment

☐ Well child

Anticipatory Guidance

☐ Discussed and/or handout given

☐ FAMILY SUPPORT • Time for self/partner • Community activities • Age-appropriate discipline ☐ ESTABLISHING ROUTINES • Family traditions • Nap and bedtime	☐ FEEDING AND APPETITE CHANGES • Self-feeding • Consistent meals/snacks • Variety of nutritious foods • Iron-fortified formula ☐ ESTABLISHING A DENTAL HOME • First dentist visit • Brush teeth twice a day • Limit bottle use (water only) • No bottle in bed	☐ SAFETY • Car safety seat • Poisons • Water • No supervision by young children • Sharp objects • Guns • Home safety • Falls
--	--	---

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results: ☐ Hgb/Hct ☐ Lead ☐ Other _____

☐ Referral to _____

Follow-up/Next visit

☐ See other side

Print Name	Signature
PROVIDER 1	
PROVIDER 2	

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



**This American Academy of Pediatrics Visit Documentation Form is consistent with
*Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3rd Edition.***

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the publisher.

Consejos de Bright Futures

Visita de los 12 meses

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

Apoyo familiar

- Trate de no golpear, dar una palmada ni gritarle a su hijo.
- Haga que las reglas para su hijo sean cortas y simples.
- Use pausas breves cuando su hijo se esté comportando mal.
- Elogie a su hijo por un buen comportamiento.
- Distraiga a su hijo con algo que le guste durante un mal comportamiento.
- Juegue y léale a su hijo con frecuencia.
- Asegúrese que todas las personas que cuiden a su hijo le den alimentos saludables, eviten los dulces y utilicen las mismas normas de disciplina.
- Asegúrese de que los lugares donde se queda su hijo sean seguros.
- Piense acerca de ir a un grupo de actividades lúdicas para niños pequeños o tomar clases de crianza.
- Tómese tiempo para usted y su pareja.
- Manténgase en contacto con su familia y amigos.

Alimentar a su hijo

- Haga que su hijo coma durante la hora de comer en familia.
- Tenga paciencia con su hijo mientras aprende a comer sin ayuda.
- Anime a su hijo a alimentarse por sí mismo.
- Ofrezca 3 comidas y 2 o 3 bocadillos espaciados uniformemente durante el día para evitar los berrinches.
- Asegúrese de que los cuidadores sigan las mismas ideas y rutinas de alimentación.
- Use un plato y un vaso pequeño para comer y tomar.
- Proporcione alimentos saludables para las comidas y los bocadillos.
- Permita que su hijo decida qué y cuánto comer.
- Finalice la comida cuando el niño deje de comer.
- Evite los alimentos pequeños y duros que puedan causar atragantamiento (nueces, palomitas de maíz, perros calientes, uvas y verduras duras y crudas).

- Cuando se encuentra en el agua o cerca de ella, mantenga a su hijo lo suficientemente cerca como para tocarlo.
- Asegúrese de vaciar las cubetas, piletas y tinas al finalizar.
- Nunca tenga un arma en su casa. Si usted debe tener una, guárdela descargada y bajo llave con las municiones guardadas bajo llave lejos del arma.

Búsqueda de un dentista

- Lleve a su hijo a la primera visita odontológica a los 12 meses o lo antes que pueda después de que salga el primer diente.
- Cepille los dientes de su hijo dos veces al día con un cepillo de dientes blando. Utilice una pequeña cantidad de dentífrico con flúor (del tamaño de un grano de arroz).
- Si utiliza un biberón, ofrezca solamente agua.

Establecer rutinas

- Su hijo debe dormir al menos una siesta. Haga que sea a una hora que le asegure que su hijo esté cansado a la hora de dormir.
- Haga que la hora antes de irse a dormir sea afectuosa y tranquila.
- Tenga una rutina para la hora de acostarse que incluya un libro.
- Evite que su hijo mire televisión y videos, y que nunca mire nada que dé miedo.
- Tenga en cuenta que tenerle miedo a los extraños es normal y que el pico se da a esta edad.
- Respete los miedos de su hijo y haga que las personas extrañas se acerquen lentamente.
- Evite mirar televisión durante el tiempo en familia.
- Inicie tradiciones familiares como leer o dar un paseo juntos.

Seguridad

- Haga que el asiento de seguridad para el automóvil de su hijo se oriente hacia atrás hasta que su hijo tenga 2 años de edad o hasta que haya alcanzado el peso y altura máximos permitidos por el fabricante de su asiento de seguridad.
- Guarde bajo llave los venenos, medicamentos y artículos de jardinería y limpieza. Si su hijo come un producto no alimentario, llame a Poison Help (línea de ayuda para intoxicaciones) al (1-800-222-1222).
- Mantenga alejados de su hijo los objetos pequeños, los globos y las bolsas de plástico.
- Coloque barreras al principio y al final de las escaleras y protecciones en las ventanas de un segundo piso o más arriba. Mantenga alejados los muebles de las ventanas.
- Guarde bajo llave los cuchillos y las tijeras.
- Solamente deje a su hijo pequeño con un adulto maduro.

Qué debe esperar en la visita de los 15 meses de su hijo

Hablaremos acerca de

- El lenguaje and sentimientos de su hijo
- Dormir bien durante la noche
- Mantener su casa segura para su hijo
- Berrinches y disciplina
- Cómo cuidar los dientes de su hijo

Ayuda para intoxicación: 1-800-222-1222
Inspección de asientos de seguridad para niños:
1-866-SEATCHECK; seatcheck.org