



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 2 años

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.

El lenguaje del niño	<input type="checkbox"/> Cómo habla su niño <input type="checkbox"/> Leer juntos
Cómo se comporta su niño(a)	<input type="checkbox"/> Elogiar al niño <input type="checkbox"/> Ayudar al niño a expresar sus sentimientos <input type="checkbox"/> Cómo darle opciones limitadas al niño <input type="checkbox"/> Jugar con otros <input type="checkbox"/> Ayudar al niño a seguir las instrucciones <input type="checkbox"/> El peso del niño
Entrenamiento para ir al baño	<input type="checkbox"/> Señales de que el niño está listo para aprender a ir al baño <input type="checkbox"/> Ayudarlo a aprender a ir al baño
Su hijo(a) y la televisión	<input type="checkbox"/> Cuánta televisión es excesiva <input type="checkbox"/> Aprender otras actividades aparte de la TV <input type="checkbox"/> Como estar activos en familia
Seguridad	<input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Cascos para bicicleta <input type="checkbox"/> Precauciones de seguridad al estar afuera <input type="checkbox"/> Seguridad con las armas

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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño ve?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se acerca su niño los objetos para tratar de enfocarlos con la vista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se ven raros los ojos del niño o parece como si estuvieran cruzados, desviados o desalineados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se le caen los párpados al niño o uno de los párpados tiende a cerrarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido el niño alguna lesión en los ojos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Plomo	¿Tiene el niño un hermano o compañero de juegos que se ha intoxicado con plomo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Vive su niño o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1950?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha viajado su niño por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis ha estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina un familiar o un contacto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Está infectado su niño con el VIH (Virus del SIDA)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Dislipidemia	¿Tiene el niño padres o abuelos que han sufrido de un derrame cerebral o de problemas cardíacos antes de los 55 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene su niño una madre o un padre con alto colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) que está tomando medicina para el colesterol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Anemia	¿Le es difícil comprar comida para su familia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Incluye en la alimentación del niño comidas ricas en hierro como carnes, huevos, cereales enriquecidos con hierro o frijoles?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
Salud oral	¿Tiene su niño un dentista?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Contiene flúor la fuente principal de agua que su hijo bebe?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apila 5 ó 6 bloques pequeños | <input type="checkbox"/> Lanza una pelota sobre su cabeza | <input type="checkbox"/> Al hablar, une 2 palabras, como "mi libro" |
| <input type="checkbox"/> Patea una pelota | <input type="checkbox"/> Nombra un dibujo, como gato, perro o bola | <input type="checkbox"/> Voltea las páginas de un libro una a la vez |
| <input type="checkbox"/> Sube y baja solo las escaleras un paso a la vez, sosteniéndose de la pared o baranda | <input type="checkbox"/> Salta | <input type="checkbox"/> Participa en juegos imaginativos |
| <input type="checkbox"/> Puede señalar al menos 2 dibujos que usted nombra al leer un libro | <input type="checkbox"/> Imita cosas que usted hace | <input type="checkbox"/> Juega junto a otros niños |
| | <input type="checkbox"/> Sigue instrucciones de dos pasos | |



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>	HEIGHT (%)	HEAD CIRC (%)
		BMI (%)

Name
ID NUMBER
TEMPERATURE
BIRTH DATE
AGE
M F

History

<input type="checkbox"/> Previsit Questionnaire reviewed	<input type="checkbox"/> Child has special health care needs
<input type="checkbox"/> 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 _____

Elimination: NL _____

Toilet training: Yes In process _____

Sleep: NL _____

Behavior/Temperament: NL _____

Physical activity

Play time (60 min/d) Yes No

Screen time (<2 h/d) Yes No

Development

Autism-specific screen NL Tool _____

Developmental Surveillance (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE	<input type="checkbox"/> PHYSICAL DEVELOPMENT
• Copies things that you do	• When talking, puts 2 words together (eg, "my book")	• Stacks small blocks (5-6)
• Plays pretend		• Kicks a ball
• Plays alongside other children	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	• Walks up and down stairs 1 step at a time alone while holding wall or railing
	• Names 1 picture (eg, cat, dog, ball)	• Throws a ball overhand
	• Follows 2-step commands	• Jumps up
		• Turns book pages 1 at a time

Physical Examination

= NL

Bright Futures Priority

EYES (red reflex, cover/uncover test)

TEETH (caries, white spots, staining)

NEUROLOGIC (coordination, language, socialization)

Additional Systems

<input type="checkbox"/> GENERAL APPEARANCE	<input type="checkbox"/> HEART
<input type="checkbox"/> HEAD/FONTANELLE	<input type="checkbox"/> Femoral pulses
<input type="checkbox"/> EARS/APPEARS TO HEAR	<input type="checkbox"/> ABDOMEN
<input type="checkbox"/> NOSE	<input type="checkbox"/> GENITALIA
<input type="checkbox"/> MOUTH AND THROAT	<input type="checkbox"/> Male/Testes down
<input type="checkbox"/> NECK	<input type="checkbox"/> Female
<input type="checkbox"/> LUNGS	<input type="checkbox"/> EXTREMITIES/HIPS
	<input type="checkbox"/> BACK
	<input type="checkbox"/> SKIN

Abnormal findings and comments

Assessment

Well child

Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

<input type="checkbox"/> ASSESSMENT OF LANGUAGE DEVELOPMENT	<input type="checkbox"/> TOILET TRAINING	<input type="checkbox"/> SAFETY
• Model appropriate language	• When child is ready	• Car safety seat
• Daily reading	• Plan for frequent toilet breaks	• Bike helmet
• Following 1-2-step commands	• Personal hygiene	• Supervise outside
• Listen and respond to child	<input type="checkbox"/> TV VIEWING	• Guns
<input type="checkbox"/> TEMPERAMENT AND BEHAVIOR	• Limit TV viewing to no more than 1-2 hours/day	
• Praise, respect	• TV alternatives: reading, games, singing	
• Help express feelings	• Encourage physical activity	
• Self-expression		
• Playing with other children		

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results: Lead _____

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 2 años

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

El lenguaje de su niño(a)

- Comente y describa las ilustraciones de los libros y las cosas que ven y oyen juntos.
- El mejor modo de ayudarlo al niño a aprender a hablar es jugar con él, dejando que lleve el liderazgo.
- Léale al niño todos los días.
- Es posible que le guste oír el mismo cuento una y otra vez.
- Pídale que señale cosas conforme usted lee.
- Haga pausas al leer para invitar al niño a hacer un sonido de animal o terminar una parte del cuento.
- Use el lenguaje correcto; déle un buen ejemplo.
- Hable lentamente. Recuerde que el niño puede tardar en responderle.

Su niño(a) y la televisión

- Es mejor que un niño pequeño juegue a que vea televisión.
- Limite la televisión a 1 a 2 horas diarias.
- Vean juntos televisión y comenten los programas y lo que usted piensa.
- Tenga cuidado con los programas y anuncios que su pequeño ve.
- Haga otras actividades con su niño como leer, jugar y cantar.
- Hagan actividades físicas en familia. Asegúrese de que el niño se mantiene activo en la casa, en la guardería y con la niñera.

Seguridad

- Compruebe que el asiento de seguridad para el auto esté correctamente instalado en el asiento trasero de todos los vehículos.
- Mantenga el asiento de seguridad para el auto orientado hacia atrás hasta que su bebé cumpla dos años de edad o hasta que alcance el máximo peso o estatura permitido por el fabricante del asiento.
- Todos los que van en un auto deben usar el cinturón de seguridad. No encienda el motor hasta que todos se lo hayan puesto.

- Nunca deje al niño solo en la casa o el jardín, especialmente cerca de autos, sin la supervisión de un adulto maduro.
- Cuando saque el auto en reversa del garaje, pida a otro adulto que sostenga al niño a una distancia prudente para evitar atropellarlo.
- Mantenga al niño alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, calles, puertas de garajes en acción y entradas de garajes.
- Póngale al niño un casco bien ajustado al andar en bicicleta o triciclo.
- No tenga armas en su casa. Si debe tener un arma, guárdela bajo llave sin las municiones y guarde las municiones en otro lugar bajo llave.

Entrenamiento para ir al baño

- Los signos de que un niño está listo para aprender a ir al baño son:
 - Permanece seco por 2 horas
 - Sabe si está mojado o seco
 - Puede bajarse y subirse los pantalones
 - Quiere aprender
 - Le puede avisar que va a tener una deposición
- Planee pausas frecuente para ir al baño. Un niño usa el baño hasta 10 veces al día.
- Ayúdele a lavarse las manos luego de usar el baño y de cambiarle el pañal y antes de las comidas.
- Limpie la bacinilla después de cada uso.
- Enséñele al niño a taparse la boca con el hombro al toser o estornudar. Limpie la nariz con un pañuelo de papel.
- Lleve al niño a escoger su ropa interior cuando esté listo.

Cómo se comporta su niño(a)

- Elogie a su niño cuando se porte bien.
- Es normal que proteste cuando se aleja de usted o conoce a nuevas personas.
- Escúchelo y trátelo con respeto. Espere que los demás hagan lo mismo.
- Juegue con el niño todos los días, haciendo cosas que le gusten al pequeño.
- Abrácelo y cárguelo a menudo.
- Déle la opción de escoger entre dos cosas buenas en cuanto a meriendas, libros o juguetes.
- Ayúdelo a expresar y nombrar sus sentimientos.
- Ayúdelo a jugar con otros niños, pero no espere que comparta sus cosas.
- Nunca se burle de los temores del niño ni le permita a otros que lo asusten.
- Observe cómo reacciona ante nuevas personas o situaciones.

Qué esperar en la visita de los 2 años y medio

Hablaremos de:

- El lenguaje del niño
- Prepararse para el preescolar
- Actividades familiares
- Seguridad en el hogar y el auto
- Llevarse bien con otros niños

Poison Help (Intoxicaciones): 1-800-222-1222

Inspección de asiento de seguridad para el auto:
1-866-SEATCHECK; seatcheck.org