



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visita de los 3 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.

<b>Apoyo familiar</b>	<input type="checkbox"/> Equilibrio entre trabajo y familia <input type="checkbox"/> Darle opciones al niño <input type="checkbox"/> Reservar tiempo a solas con su pareja <input type="checkbox"/> Ser consistente con su niño <input type="checkbox"/> Mostrarle afecto al niño <input type="checkbox"/> Cómo usar las pausas obligadas <input type="checkbox"/> Cómo se lleva el niño con sus hermanos <input type="checkbox"/> Reservar tiempo para usted <input type="checkbox"/> El peso del niño
<b>Leer y hablar con su niño(a)</b>	<input type="checkbox"/> Cómo interesar al niño en la lectura <input type="checkbox"/> De qué hablar con su niño
<b>Jugar con otros</b>	<input type="checkbox"/> Juegos divertidos para hacer con su niño <input type="checkbox"/> Jugar y llevarse bien con otros niños
<b>Actividad del niño</b>	<input type="checkbox"/> Cómo mantener activo a su niño <input type="checkbox"/> Cuánta televisión es excesiva
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Precauciones de seguridad al estar afuera <input type="checkbox"/> Cruzar la calle de manera segura <input type="checkbox"/> Prevenir caídas desde las ventanas <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

<b>Audición</b>	¿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
<b>Plomo</b>	¿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
<b>Tuberculosis</b>	¿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 (o 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
<b>Anemia</b>	¿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
<b>Salud oral</b>	¿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 niño 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 6 bloques pequeños      | <input type="checkbox"/> Va al baño durante el día                | <input type="checkbox"/> Copia un círculo  |
| <input type="checkbox"/> Une 2 ó 3 oraciones al hablar | <input type="checkbox"/> Lanza una pelota por encima de la cabeza | <input type="checkbox"/> Juega a la casita, a la escuela o a otro juego de imitación           |
| <input type="checkbox"/> Se balancea en cada pie       | <input type="checkbox"/> Normalmente se le entiende lo que dice   | <input type="checkbox"/> Dibuja una persona con 2 partes corporales                            |
|  | <input type="checkbox"/> Dice el nombre de un amigo               | <input type="checkbox"/> Sabe identificar y usar una taza, una cuchara, una pelota y un creyón |
|  | <input type="checkbox"/> Se identifica como niña o niño           | <input type="checkbox"/> Ayuda a cuidarse alimentándose y vistiéndose                          |
|  |   | <input type="checkbox"/> Sube las escaleras cambiando de pie                                   |



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 (%)	BMI (%)
BLOOD PRESSURE		TEMPERATURE

Name
ID NUMBER
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

### Physical Examination

= NL

**Bright Futures Priority**

- EYES (red reflex, cover/uncover test)
- TEETH (caries, white spots, staining)
- NEUROLOGIC (language, speech, social interaction)

**Additional Systems**

- GENERAL APPEARANCE
- HEAD
- EARS
- NOSE
- MOUTH AND THROAT
- NECK
- LUNGS
- HEART
- ABDOMEN
- GENITALIA
- EXTREMITIES
- BACK
- SKIN

Abnormal findings and comments \_\_\_\_\_

### Social/Family History

See Initial History Questionnaire.  No interval change

**Family situation**

Parents working outside home:  Mother  Father

Child care:  Yes  No Type \_\_\_\_\_

Preschool:  Yes  No \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

Parent-child interaction

Communication:  NL \_\_\_\_\_

Choices:  NL \_\_\_\_\_

Cooperation:  NL \_\_\_\_\_

Appropriate responses to behavior:  NL \_\_\_\_\_

### Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

- FAMILY SUPPORT
  - Show affection
  - Manage anger
  - Reinforce appropriate behavior
  - Reinforce limits
  - Find time for yourself
- ENCOURAGING LITERACY ACTIVITIES
  - Read, sing, play
  - Talk about pictures in books
  - Encourage child to talk
- PLAYING WITH PEERS
  - Encourage appropriate play
  - Encourage fantasy play
  - Encourage play with peers
- PROMOTING PHYSICAL ACTIVITY
  - Family exercise, activities
  - Limit screen time—maximum 1–2 hours/day
  - No TV in bedroom
- SAFETY
  - Car safety seat
  - Supervise play near streets, cars
  - Safety near windows
  - Guns

### Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL <ul style="list-style-type: none"> <li>Self-care skills</li> <li>Imaginative play</li> </ul>	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE <ul style="list-style-type: none"> <li>2–3 sentences</li> <li>Usually understandable</li> <li>Names a friend</li> <li>COGNITIVE           <ul style="list-style-type: none"> <li>Names objects</li> <li>Knows if boy or girl</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> PHYSICAL DEVELOPMENT <ul style="list-style-type: none"> <li>Builds tower (6–8 blocks)</li> <li>Stands on 1 foot</li> <li>Throws ball overhand</li> <li>Walks upstairs alternating feet</li> <li>Copies circle</li> <li>Draws person (2 body parts)</li> <li>Toilet trained during day</li> </ul>
--	--	---

### Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results:  Vision \_\_\_\_\_

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 3 años

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

FOMENTAR ACTIVIDADES DE LECTO-ESCRITURA

## Leer y hablar con su niño(a)

- Lea libros, entone canciones y haga juegos rítmicos con su hijo todos los días.
- La lectura en voz alta y comentar el cuento y las ilustraciones le ayudan a un niño a aprender a leer.
- Use los libros como punto de partida para conversar.
- Al salir, busque oportunidades de practicar la lectura, como las señales de alto o los letreros de las tiendas.
- Hágale preguntas al niño sobre el cuento o las ilustraciones. Pídale que le cuente una parte del cuento.
- Pídale que le hable sobre sus actividades diarias y sus amigos.

APOYO FAMILIAR

- Déle a su hijo la oportunidad de hacer elecciones.
- Muéstrelle cómo afrontar bien el enojo: tiempo a solas, hablar respetuosamente o ponerse activo. Debe dejar de golpear, morder y pelear de inmediato.
- Haga énfasis en las reglas y estimule la buena conducta.
- Use las pausas obligadas o retire lo que está causando el problema.
- Establezca horas regulares de juegos y comidas en familia.

## Seguridad

- Use un asiento de seguridad orientado hacia delante en el asiento trasero de todos los vehículos.
- Pase al niño a una silla elevadora con cinturón de seguridad cuando le quede pequeño el asiento orientado hacia delante.
- Nunca deje al niño solo en el auto, la casa o el jardín.
- No lo deje al cuidado de hermanos de poca edad.
- Su hijo no tiene la edad para cruzar la calle solo.
- Asegúrese de que las ventanas del segundo piso en adelante tengan seguros que funcionen. Aleje los muebles de las ventanas.
- 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. Pregunte si hay armas en las casas donde su hijo juega. Si es así, asegúrese de que las guardan de modo seguro.
- Supervise el juego cerca de las calles y salidas de garajes.

SEGURIDAD

PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA

## Su niño(a) en movimiento

Aparte de dormir, los niños no deben permanecer inactivos por más de una hora a la vez.

- Hagan actividades físicas en familia.
- Limite el tiempo de televisión, videos y juegos de video a 1 a 2 horas diarias.
- No coloque un televisor en la alcoba del niño.
- Evite que vea programas y anuncios que le hagan querer cosas poco saludables.
- Asegúrese de que el niño se mantiene activo en la casa y en el preescolar o la guardería.
- Avísenos si necesita ayuda para inscribir a su hijo en un jardín preescolar o en Head Start.

APOYO FAMILIAR

## Apoyo familiar

- Reserve tiempo para usted y para estar con su pareja.
- Papá y mamá necesitan seguir en contacto con sus amigos, sus intereses personales y su trabajo.
- Tenga en cuenta que sus padres pueden tener un estilo de crianza distinto al suyo.

JUGAR CON COMPAÑEROS

## Jugar con otros niños

Jugar con otros niños de edad preescolar le ayudara a su hijo(a) a prepararse para la escuela.

- Déle diversos juguetes y objetos para que se disfrace y participe en juegos imaginativos.
- Déle la oportunidad de jugar a menudo con otros niños de edad preescolar.
- Enséñele a turnarse mientras juega con otros niños.

## Qué esperar en la visita de los 4 años

### Hablaremos de:

- Prepararse para la escuela
- Participación en la comunidad y seguridad
- Fomentar la actividad física y limitar la televisión
- Mantener la salud dental de su hijo
- Seguridad adentro y afuera
- Cómo protegerse de otros adultos

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. 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.