



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visita de los 5 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>Prepararse para la escuela</b>	<input type="checkbox"/> Temores del niño sobre la escuela <input type="checkbox"/> Cuidado después de la escuela <input type="checkbox"/> Hablar con los maestros del niño <input type="checkbox"/> Los amigos de su niño <input type="checkbox"/> Niños agresores <input type="checkbox"/> Cuando su niño está triste
<b>Su hijo(a) y la familia</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo en familia <input type="checkbox"/> Los quehaceres del niño <input type="checkbox"/> Cómo asume los sentimientos su niño <input type="checkbox"/> El enojo del niño
<b>Mantenerse saludable</b>	<input type="checkbox"/> El peso del niño <input type="checkbox"/> Comer frutas <input type="checkbox"/> Comer vegetales <input type="checkbox"/> Comer granos enteros <input type="checkbox"/> Obtener suficiente calcio <input type="checkbox"/> Una hora de actividad física al día
<b>Dientes sanos</b>	<input type="checkbox"/> Visitas regulares al dentista <input type="checkbox"/> Lavarse los dientes dos veces al día <input type="checkbox"/> Usar hilo dental todos los días
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Seguridad en la calle <input type="checkbox"/> Sillas elevadoras para el auto <input type="checkbox"/> Uso del casco de seguridad <input type="checkbox"/> Seguridad al nadar <input type="checkbox"/> Protector solar <input type="checkbox"/> Prevenir el abuso sexual <input type="checkbox"/> Plan de escape y simulacro de incendio <input type="checkbox"/> Detectores de monóxido de carbono en su casa <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>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
<b>Anemia</b>	¿Está infectado su niño con el VIH (Virus del SIDA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿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

¿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"/> Escucha bien y sigue instrucciones simples     | <input type="checkbox"/> Dibuja una persona con 6 partes corporales | <input type="checkbox"/> Se balancea en un pie |
| <input type="checkbox"/> Puede contar un cuento con oraciones completas | <input type="checkbox"/> Copia cuadrados y triángulos               | <input type="checkbox"/> Salta, brinca, trepa  |
| <input type="checkbox"/> Cuenta hasta 10                                | <input type="checkbox"/> Escribe algunas letras y números           | <input type="checkbox"/> Hace un nudo          |
|   | <input type="checkbox"/> Nombra por lo menos 4 colores              |  |



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		

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
- MOUTH/TEETH (caries, gingival)
- NEUROLOGIC (fine/gross motor)
  - GAIT
  - LANGUAGE

**Additional Systems**

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

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

### Social/Family History

See Initial History Questionnaire.     No interval change

**Family situation**

After-school care:  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 \_\_\_\_\_

Sleep:  NL \_\_\_\_\_

Physical activity

Play time (60 min/d)     Yes     No

Screen time (<2 h/d)     Yes     No

School: Grade \_\_\_\_\_    Special education     Yes     No

Social interaction  NL \_\_\_\_\_

Performance  NL \_\_\_\_\_

Behavior  NL \_\_\_\_\_

Attention  NL \_\_\_\_\_

Homework  NL \_\_\_\_\_

Parent/Teacher concerns  None \_\_\_\_\_

Home: Parent-child-sibling interaction  NL \_\_\_\_\_

Cooperation/Oppositional behavior  NL \_\_\_\_\_

### Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

- SCHOOL READINESS
  - Establish routines
  - After-school care/activities
  - Friends
  - Bullying
  - Communicate with teachers
  - Family time
  - Anger management
  - Discipline for teaching not punishment
  - Limit TV
- MENTAL HEALTH
- NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY
  - Healthy weight
  - Well-balanced diet, including breakfast
  - Fruits, vegetables, whole grains
  - Adequate calcium
  - 60 minutes of exercise/day
- ORAL HEALTH
  - Regular dentist visits
  - Brushing/Flossing
  - Fluoride
- SAFETY
  - Sexual safety
  - Pedestrian safety
  - Safety helmets
  - Swimming safety
  - Fire escape plan
  - Smoke/carbon monoxide detectors
  - Guns
  - Sun
  - Appropriately restrained in all vehicles

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

- MOTOR
  - Balances on 1 foot
  - Hops and skips
  - Able to tie knot
- LANGUAGE
  - Good articulation/language skills
- LEARNING
  - Draws person (6+ body parts)
  - Prints some letters and numbers
  - Copies squares, triangles
- Counts to 10
- Names 4 or more colors
- Follows simple directions
- Listens and attends

### Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results:     Vision     Hearing

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 5 y 6 años

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

SALUD ORAL

## Dientes sanos

- Ayude a su hijo(a) a lavarse los dientes dos veces al día.
  - Después del desayuno
  - Antes de acostarse
- Use un poquito de pasta dental con flúor (del tamaño de un chícharo).
- Ayúdelo a usar el hilo dental una vez al día.
- El niño debe ir al dentista por lo menos dos veces al año.

DISPOSICIÓN PARA LA ESCUELA

## Prepararse para la escuela

- Lleve a su hijo(a) a conocer la escuela y los maestros.
- Lean libros sobre la entrada a la escuela.
- Háblele sobre la escuela.
- Busque un lugar seguro supervisado por un adulto donde su hijo esté al salir de la escuela.
- Hable con su hijo todos los días sobre las cosas que le gustan, lo que le preocupa y si alguien lo trata mal.
- Coméntenos sus preocupaciones.

SALUD MENTAL

## Su hijo(a) y la familia

- Asígnele quehaceres a su hijo y espere que los cumpla.
- Tenga rutinas familiares.
- Abraze y elogie a su hijo.
- Enséñele qué es correcto e incorrecto.
- Ayúdelo a hacer cosas por su cuenta.
- Los niños aprenden mejor de la disciplina que del castigo.
- Ayude al niño a asumir el enojo.
  - Enséñele a alejarse cuando esté enojado o irse a otro lado a jugar.

NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

## Mantenerse saludable

- Déle desayuno al niño.
- Compre leche sin grasa y lácteos bajos en grasa y procure que el niño consuma tres porciones al día.
- Limite la cantidad de dulces, refrescos y comidas grasosas.
- Ofrezca cinco porciones diarias de vegetales y frutas a las comidas y en las meriendas.
- Limite el tiempo de televisión a dos horas al día.
- No coloque un televisor en la alcoba del niño.
- Asegúrese de que esté activo por una hora o más al día.

SEGURIDAD

## Seguridad

- Su hijo(a) siempre debe ir en el asiento trasero del auto y usar un asiento de seguridad o una silla elevadora.
- Enséñele a nadar.
- Supervíselo cerca del agua.
- Use protector solar cuando salgan.
- Adquiera un casco que se ajuste bien al niño y equipo de seguridad para montar en bicicleta, patinar, esquiar, deslizarse en la nieve y montar a caballo.
- Tenga en cada piso de la casa un detector de humo que funcione y un plan de escape en caso de incendio.
- Instale un detector de monóxido de carbono en un pasillo cerca de la zona de las alcobas.
- 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, verifique que las guardan de modo seguro.
- Enséñele al niño a cruzar la calle de modo seguro. Un niño no está listo para cruzar la calle sino hasta los 10 años de edad en adelante.
- Enséñele sobre la seguridad en el autobús.
- Enséñele a protegerse de otros adultos.
  - Nadie debe pedirle que le oculte algo a sus padres.
  - Nadie debe pedirle que le muestre sus partes privadas.
  - Ningún adulto debe pedirle ayuda con sus partes privadas.

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.