



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 18 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.

<b>Su niño(a) y la familia</b>	<input type="checkbox"/> Reservar tiempo para usted <input type="checkbox"/> Dar un buen ejemplo <input type="checkbox"/> Cómo se lleva el niño con sus hermanos <input type="checkbox"/> Pasar tiempo en familia <input type="checkbox"/> Tener otro bebé <input type="checkbox"/> Hacer que su niño pruebe nuevos alimentos <input type="checkbox"/> El peso del niño
<b>La conducta del niño</b>	<input type="checkbox"/> Cómo actúa el niño <input type="checkbox"/> Cómo elogiar al niño <input type="checkbox"/> Actividades divertidas para el niño <input type="checkbox"/> El niño se asusta al llegar a nuevos sitios <input type="checkbox"/> Establecer límites y disciplina
<b>Hablar y oír</b>	<input type="checkbox"/> Cómo habla su niño <input type="checkbox"/> Ayudar al niño a aprender
<b>Entrenamiento para ir al baño</b>	<input type="checkbox"/> Cómo saber si el niño está listo <input type="checkbox"/> Cómo entrenarlo
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Prevenir caídas, incendios y envenenamientos <input type="checkbox"/> Seguridad con las armas <input type="checkbox"/> Precauciones de seguridad cuando el niño está afuera

## Preguntas acerca de su bebé

¿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>Visión</b>	¿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
<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"/> Sabe el nombre de su libro favorito | <input type="checkbox"/> Sube las escaleras                       | <input type="checkbox"/> Señala una parte del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Se ríe en respuesta a otros         | <input type="checkbox"/> Sabe decir 6 palabras                    | <input type="checkbox"/> Apila 2 bloques pequeños    |
| <input type="checkbox"/> Corre                               | <input type="checkbox"/> Usa una cuchara y un vaso casi sin regar | <input type="checkbox"/> Ayuda en la casa            |



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

<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:  Breast  Bottle  Cup

Milk \_\_\_\_\_ Ounces per day \_\_\_\_\_

Solid foods \_\_\_\_\_

Juice \_\_\_\_\_

Source of water \_\_\_\_\_ Vitamins/Fluoride \_\_\_\_\_

Elimination:  NL \_\_\_\_\_

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

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

Activity (playtime, no TV):  NL \_\_\_\_\_

**Development**

Structured developmental screen  NL Tool \_\_\_\_\_

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
• Helps in the house	• Speaks 6 words	• Stacks 2 small blocks
• Laughs in response to others	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	• Runs
	• Knows name of favorite book	• Walks up steps
	• Points to 1 body part	• Uses spoon and cup without spilling most of the time

## Physical Examination

= NL

**Bright Futures Priority**

- EYES (red reflex, cover/uncover test)
- SKIN (nevi, café au lait, bruising)
- NEUROLOGIC (gait, coordination)
- TEETH (caries, white spots, staining)

**Additional Systems**

- GENERAL APPEARANCE
- HEAD/FONTANELLE
- EARS/APPEARS TO HEAR
- NOSE
- LUNGS
- MOUTH AND THROAT

- HEART
- Femoral pulses
- ABDOMEN
- GENITALIA
- Male/Testes down
- Female
- EXTREMITIES/HIPS
- BACK

Abnormal findings and comments

## Assessment

Well child

## Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

- FAMILY SUPPORT
  - Family time
  - Time for self and other children
  - Reinforce limits
  - Prepare for new sibling (if necessary)
  - Smoke-free environment
- CHILD DEVELOPMENT AND BEHAVIOR
  - Anticipate anxiety
  - Praise
  - Consistent discipline
  - Daily playtime
- LANGUAGE PROMOTION/HEARING
  - Read, talk, and sing
  - Simple words
  - Feelings and emotions
- TOILET TRAINING READINESS
  - Wait until child is ready
  - Reading books/praise
- SAFETY
  - Car safety seat
  - Falls
  - Burns
  - Smoke detectors
  - Guns
  - Poisons

## 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 18 meses

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

FOMENTO DEL LENGUAJE/AUDICIÓN

## Lenguaje y audición

- Léale y cántele a su niño(a) a menudo.
- Comente y describa las ilustraciones de los libros.
- Use palabras sencillas al hablarle.
- Enséñele palabras que expresen sus sentimientos.
- Hágale preguntas sencillas, confirme sus respuestas y déle explicaciones sencillas.
- Use palabras sencillas y claras para decirle qué quiere que haga.

APOYO FAMILIAR

## Su niño(a) y la familia

- Cree momentos para estar en familia.
- Mantenga breves las salidas con el niño: una hora o menos.
- No pretenda que un niño de esta edad comparta sus cosas.
- Designe un lugar seguro para que los niños mayores guarden los juguetes que no quieren compartir.
- Enséñele al niño a no pegar, morder o lastimar a las personas o a las mascotas.
- Es normal que su niño trate de ser independiente y al poco rato se aferre a usted.
- Piense en vincularse a un grupo de juegos para padres y niños pequeños.
- Consúltenos para hallar programas que ayuden a su familia.
- Prepare al niño para un nuevo niño leyéndole libros sobre cómo ser un buen hermano o hermana mayor.
- Dedique tiempo a cada niño.
- Trate también de reservar tiempo para usted.
- Elogie al niño cuando esté haciendo algo bien.
- Déle varias oportunidades de probar un nuevo alimento. Permítale que lo toque con la boca o la lengua para saber cómo es el alimento.
- Avisenos si necesita ayuda para obtener suficiente comida para su familia.

SEGURIDAD

## Seguridad

- Use un asiento de seguridad para el auto en el asiento trasero de todos los vehículos.
- Mantenga el asiento de seguridad para el auto orientado hacia atrás hasta que su niño 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.
- Guarde bajo llave los productos tóxicos, medicinas, detergentes y productos para el césped.
- Llame a Poison Help (1-800-222-1222) si cree que el niño se ha comido algo nocivo.
- Instale rejas en los extremos de las escaleras y seguros en las ventanas del segundo piso en adelante.
- Aleje los muebles de las ventanas.
- Observe a su niño de cerca cuando esté en las escaleras.
- Cuando saque el auto en reversa del garaje, pida a otro adulto que sostenga al niño a una distancia prudente para evitar atropellarlo.
- 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.
- Para evitar quemaduras, mantenga al niño alejado de líquidos calientes, fósforos, encendedores y la estufa.
- Tenga en cada piso un detector de humo que funcione.

DISPOSICIÓN PARA IR AL BAÑO

## Entrenamiento para ir al baño

- Los signos de que un niño está listo para aprender a ir al baño son:
  - Permanece seco por dos horas
  - Sabe si está mojado o seco
  - Puede bajarse y subirse los pantalones
  - Quiere aprender
  - Le puede avisar que va a tener una deposición

DISPOSICIÓN PARA IR AL BAÑO

- Lea con su niño libros sobre el entrenamiento para ir al baño.
- Pídale al padre del mismo sexo del niño o a un hermano o hermana mayor que lleve al niño al baño.
- Elogie al niño cuando se siente en la bacinilla o el inodoro incluso con la ropa puesta.
- Llévelo a escoger su ropa interior cuando el pequeño esté listo.

DESARROLLO Y CONDUCTA INFANTIL

## La conducta de su niño(a)

- Establezca límites que sean importantes para usted y pida a los demás que los usen con su niño.
- Sea consistente con el niño.
- Elógielo cuando se porte bien.
- Juegue todos los días con su niño a cosas que le gusten.
- Imponga pausas obligadas cortas. Explíquelo en palabras sencillas qué hizo mal.
- Dígale que hacer de manera amable.
- Dirija la atención del niño hacia otro juguete o actividad si se pone inquieto.
- Las clases de orientación para padres pueden ayudarle a entender la conducta de su hijo y enseñarle qué hacer.
- Es muy probable que su niño se aferre a usted en situaciones nuevas.

## Qué esperar en la visita de los 2 años

### Hablaremos de:

- El lenguaje del niño
- Su niño y la televisión
- Seguridad en el auto y fuera de casa
- Entrenamiento para ir al baño
- Comportamiento del niño

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

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