



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visita de los 4 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.

Prepararse para la escuela	<input type="checkbox"/> Cómo le va a su niño en el preescolar <input type="checkbox"/> Cómo juega su niño con otros niños <input type="checkbox"/> El peso del niño <input type="checkbox"/> ¿Está listo su niño para entrar a la escuela elemental? <input type="checkbox"/> Cómo está hablando su niño <input type="checkbox"/> Los sentimientos del niño
Hábitos saludables	<input type="checkbox"/> Cómo está comiendo su niño <input type="checkbox"/> Lavarle los dientes <input type="checkbox"/> Cómo está durmiendo su niño
Televisión y medios	<input type="checkbox"/> Cuánta televisión es excesiva <input type="checkbox"/> Estimular al niño para que sea activo
Su comunidad	<input type="checkbox"/> Cosas divertidas para hacer fuera de casa <input type="checkbox"/> Programas educativos en la comunidad <input type="checkbox"/> Llevarse bien con otros niños y adultos <input type="checkbox"/> Seguridad en el hogar <input type="checkbox"/> Jugar con otros niños de manera segura <input type="checkbox"/> Contestar preguntas sobre el cuerpo de su niño
Seguridad	<input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Precauciones de seguridad al estar afuera <input type="checkbox"/> Seguridad con las armas <input type="checkbox"/> Proteger al niño de abuso sexual

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

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 (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
Dislipidemia	¿Está infectado su niño con el VIH (Virus del SIDA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿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) o 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

¿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: _____

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

- Marque cada una de las cosas que su niño(a) es capaz de hacer:
- Construye una torre de 8 bloques pequeños
 - Participa en juegos imaginativos por su cuenta y con otros
 - Nombra por lo menos 4 colores
 - Salta en un pie
 - Copia una cruz
 - Se lava los dientes
 - Se viste y se abotona por su cuenta
 - Los demás entienden qué dice el niño
 - Participa en juegos de mesa o de cartas
 - Dibuja una persona con 3 partes corporales
 - Se puede balancear en cada pie
 - Sabe su nombre, su edad y si es niño o niña



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
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

Physical Examination

= NL

Bright Futures Priority

<input type="checkbox"/> NEUROLOGIC	<input type="checkbox"/> Additional Systems	<input type="checkbox"/> LUNGS
<input type="checkbox"/> FINE MOTOR SKILLS	<input type="checkbox"/> GENERAL APPEARANCE	<input type="checkbox"/> HEART
<input type="checkbox"/> GROSS MOTOR SKILLS	<input type="checkbox"/> HEAD	<input type="checkbox"/> ABDOMEN
<input type="checkbox"/> LANGUAGE	<input type="checkbox"/> EARS	<input type="checkbox"/> GENITALIA
<input type="checkbox"/> SPEECH	<input type="checkbox"/> NOSE	<input type="checkbox"/> EXTREMITIES
<input type="checkbox"/> THOUGHT PROCESS	<input type="checkbox"/> MOUTH AND THROAT	<input type="checkbox"/> BACK
<input type="checkbox"/> TEETH (caries, white spots, staining)	<input type="checkbox"/> NECK	<input type="checkbox"/> 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 trained: Yes No _____

Sleep: NL _____

Behavior/Temperament: NL _____

Physical activity

Play time (60 min/d) Yes No

Screen time (<2 h/d) Yes No

Toxic exposure: Passive smoking Yes No

Parent-child interaction

Communication: NL _____

Choices: NL _____

Cooperation: NL _____

Appropriate responses to behavior: NL _____

Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

<input type="checkbox"/> SCHOOL READINESS	<input type="checkbox"/> TV/MEDIA	<input type="checkbox"/> SAFETY
• Model behavior	• Limit TV/video to 1–2 hours/day	• Appropriately restrained in all vehicles
• Be sensitive to child's feelings	• No TV in bedroom	• Supervise all outdoor play
• Encourage play with other children	<input type="checkbox"/> CHILD AND FAMILY INVOLVEMENT	• Guns
• Consider preschool	• Community activities	
• Daily reading	• Expect curiosity about body—answer questions using proper terms	
• Talk with child	<input type="checkbox"/> HEALTHY PERSONAL HABITS	
<input type="checkbox"/> HEALTHY PERSONAL HABITS	• Safety rules with adults	
• Calm bedtime routine	• Good and bad touches	
• Brush teeth twice daily	• How to seek help when needed	
• Daily physical activity		

Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	<input type="checkbox"/> PHYSICAL DEVELOPMENT
• Interactions with peers	• Names 4 colors	• Hops on 1 foot
• Fantasy play	• Draws person (3 body parts)	• Balances on 1 foot for 2 seconds
<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE	• Plays board/card games	• Builds tower (8 blocks)
• Usually understandable		• Copies a cross
• Knows name, age, gender		• Brushes own teeth
		• Dresses self

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	



**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 para los padres Visita de los 4 años

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

DISPOSICIÓN PARA LA ESCUELA

Prepararse para la escuela

- Pídale a su hijo(a) que le cuente sobre sus actividades diarias y sus amigos.
- Lean juntos todos los días y hágale preguntas sobre los cuentos.
- Llévelo a la biblioteca y permítale elegir los libros.
- Déle suficiente tiempo para terminar las oraciones.
- Escúchelo y trátelo con respeto. Insista en que los demás hagan lo mismo.
- Demuestre cómo pedir perdón y ayude al niño a disculparse si lastima a alguien.
- Elógielo por ser amable con los demás.
- Ayúdelo a expresar sus sentimientos.
- Déle la oportunidad de jugar con otros a menudo.
- Contemple la idea de inscribirlo en un jardín preescolar, Head Start o programa comunitario. Avísenos si necesita ayuda.

PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD—SEGURIDAD DEL NIÑO

Su comunidad

- Sea parte de su comunidad. Vincúlese a actividades cuando pueda.
- Use los términos correctos para todas las partes del cuerpo conforme su hijo(a) se interesa en las diferencias entre niños y niñas.
- 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.
- Existe ayuda si usted siente que su seguridad peligra.

DESARROLLAR HÁBITOS PERSONALES SALUDABLES

Hábitos saludables

- Tenga comidas relajadas en familia sin ver la televisión.
- Cree una rutina relajada a la hora de acostarse.
- Haga que el niño se lave los dientes dos veces al día usando un poquito de pasta dental con flúor (del tamaño de un chícharo).
- Pídale que escupa la pasta dental, pero que no se enjuague la boca con agua.

Seguridad

- Use un asiento de seguridad orientado hacia delante o una silla elevadora en el asiento trasero de todos los vehículos.
- Pase al niño a una silla elevadora con cinturón de seguridad cuando su peso o estatura llegue al límite para el asiento de seguridad, sus hombros estén por encima de las ranuras del arnés superior o sus orejas lleguen al tope del asiento de seguridad.
- Nunca deje al niño solo en el auto, la casa o el jardín.
- No permita que cruce la calle solo.
- 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

TELEVISIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La televisión y los medios

- Realicen actividades físicas en familia a menudo.
- Limite el tiempo de televisión a 2 horas diarias como máximo.
- Comenten los programas de televisión que ven en familia.
- No coloque un televisor en la alcoba del niño.
- Cree oportunidades para jugar diariamente.
- Elogie al niño por estar activo.

Qué esperar en la visita de los 5 y 6 años

Hablaremos de:

- Mantener la salud dental de su hijo(a)
- Prepararse para la escuela
- Afrontar los problemas temperamentales de su hijo
- Comer alimentos sanos y permanecer activo
- Seguridad afuera y adentro

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.