

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. Muchas gracias.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? No Sí, describa:

CUÉNTENOS SOBRE SU BEBÉ Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más le entusiasma o encanta del bebé?

¿Su bebé tiene alguna necesidad especial? No Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar de su bebé tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? No Sí No estoy seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿Su bebé vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? No Sí No estoy seguro/a

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL BEBÉ

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento del bebé? No Sí, describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su bebé.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenerse despierto durante un corto tiempo para alimentarse. | <input type="checkbox"/> Calmarse con la voz de un adulto. | <input type="checkbox"/> Mover los brazos y las piernas al mismo tiempo cuando se asusta. |
| <input type="checkbox"/> Hacer un breve contacto visual con un adulto cuando se lo sostiene en brazos. | <input type="checkbox"/> Levantarse y girar la cabeza hacia un lado brevemente cuando esté boca abajo. | <input type="checkbox"/> Mantener sus manos cerradas en puño. |
| <input type="checkbox"/> Llorar cuando se siente incómoda. | | |

VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
---------------	--	--------------------------	--------------------------	---

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su bebé y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Posee los elementos necesarios para cuidar de su bebé, como una cuna, un asiento de seguridad para niños y pañales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su casa tiene calefacción, agua caliente y electricidad suficientes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Cuenta con un seguro de salud para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Necesita ayuda para encontrar servicios de asistencia comunitaria, como WIC o cupones para alimentos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Asistencia familiar			
¿Busca en Internet para aprender a cuidar a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	

CONOCER A SU BEBÉ

Cómo se siente			
¿Duerme cuando el bebé duerme?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Su pareja u otros miembros de la familia ayudan con el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con ellos?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Le lee a su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Es capaz su bebé de despertarse completamente para alimentarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene preguntas sobre cómo calmar a su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Cuándo llamar a su médico/planificación de emergencia			
¿Sabe tomar la temperatura rectal del bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene una lista de números de teléfono de emergencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo llevar a su bebé a lugares públicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general			
¿Se alimenta bien su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo está creciendo su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Tiene problemas para hacer eructar a su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tiene su bebé 5 o 6 pañales desechables mojados (o 6-8 pañales de tela) y 3 o 4 deposiciones al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

VISITA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

ALIMENTAR AL BEBÉ (CONTINUACIÓN)

Si está amamantando, responda estas preguntas.		
Amamantar, ¿es incómodo o doloroso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Come alimentos ricos en proteínas (como huevos, carne magra, carne de aves, pescados o frijoles) todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Continúa tomando las vitaminas prenatales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Toma alguna medicación (ya sea de venta libre o con receta) o suplemento herbal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Está dando gotas de vitamina D al bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.		
¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo utilizar la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra el bebé sujetado de manera segura en un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha comenzado a desarrollar hábitos que le ayudarán a evitar que se olvide de su bebé en el auto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dormir de manera segura		
¿El bebé duerme boca arriba?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en una cuna?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿El bebé duerme en su habitación?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th Edition*

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



La información incluida en este cuestionario no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit, 2nd Edition*.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Previsit Questionnaire: First Week Visit (3 To 5 Days)*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.