

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **La evaluación del trastorno del espectro autista también es parte de esta visita.** 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 HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la entusiasma o encanta de su hijo?

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

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

¿Algún familiar de su hijo 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 hijo 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 NIÑO

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

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jugar con otros niños y expresar interés en su juego. | <input type="checkbox"/> Seguir una instrucción de 2 pasos (como "Levántalo y guárdalo"). | <input type="checkbox"/> Correr con coordinación. |
| <input type="checkbox"/> Quitarse algo de ropa. | <input type="checkbox"/> Nombrar al menos 5 partes del cuerpo. | <input type="checkbox"/> Subir por una escalera en un patio de recreo. |
| <input type="checkbox"/> Recoger bien con una cuchara. | <input type="checkbox"/> Hablar para que los extraños puedan entender el 50% de lo que dice. | <input type="checkbox"/> Apilar objetos. |
| <input type="checkbox"/> Usar 50 palabras. | <input type="checkbox"/> Patear una pelota. | <input type="checkbox"/> Pasar las páginas del libro. |
| <input type="checkbox"/> Combinar 2 palabras en una frase corta u oración. | <input type="checkbox"/> Saltar del suelo con los dos pies. | <input type="checkbox"/> Usa sus manos para girar objetos. |
| | | <input type="checkbox"/> Dibujar líneas. |

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Su hijo tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Plomo	¿Su hijo vive o visita una casa o instalación de cuidado infantil con un peligro identificado de plomo o una casa construida antes de 1960 que está en malas condiciones o que fue renovada en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Violencia en la relación de pareja		
¿Se siente segura siempre en su hogar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o a su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia (continuación)		
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
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasan usted y su pareja tiempo a solas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usted y su familia hacen actividades juntos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene a alguien a quien pueda acudir si necesita hablar sobre problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo algo que le gusta hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Anima a otros miembros de la familia y cuidadores a ser consistentes, pacientes y calmos con su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le muestra a su hijo cómo ser físicamente activo todos los días jugando y siendo activo con él?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo juega con otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	

EL HABLA Y SU HIJO

¿Su hijo tiene maneras de decirle lo que quiere?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le da a su hijo suficiente tiempo para responder?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Canta usted canciones y habla con su hijo sobre las cosas que hacen juntos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le lee a su hijo o mira libros juntos todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

APRENDER A IR AL BAÑO

¿Está su hijo interesado en usar el baño?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo le dice cuándo tiene una evacuación intestinal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se mantiene seco su hijo durante aproximadamente 2 horas seguidas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hijo la diferencia entre estar mojado y estar seco?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a lavarse las manos después de ir al baño?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Se encuentra su hijo 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
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad al aire libre		
¿Siempre usa su hijo un casco de bicicleta cuando anda en un triciclo, en un remolque para bicicletas o en el asiento en la bicicleta de un adulto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, caminos de entrada y calles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Vive cerca de alguna piscina, jacuzzi o spa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<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>.





Nombre del Niño(a)

Fecha de nacimiento

Fecha de hoy

Evaluación del Desarrollo de Niños en Edad de Caminar

Por favor conteste acerca de cómo su niño(a) es usualmente. Por favor trata de contestar cada pregunta. Sí el comportamiento de su niño no ocurre con frecuencia, conteste como si no lo hiciera.

Preguntas	Sí	No
1. ¿Disfruta su niño(a) cuando lo balancean o hacen saltar sobre su rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. * ¿Se interesa su niño(a) en otros niños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le gusta a su niño(a) subirse a las cosas, por ejemplo subir las escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Disfruta su niño(a) jugando “peek-a-boo” o “hide and seek” (a las escondidas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le gusta a su niño(a) jugar a pretender, como por ejemplo, pretenda que habla por teléfono, que cuida sus muñecas, o pretende otras cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Utiliza su niño(a) su dedo índice para señalar algo, a para preguntar alguna cosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. * ¿Usa su niño(a) su dedo índice para señalar o indicar interés en algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Puede su niño(a) jugar bien con juguetes pequeños (como carros o cubos) sin llevárselos a la boca, manipularlos o dejarlos caer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. * ¿Le trae su niño(a) a usted (padre o madre) objetos o cosas, con el propósito de mostrarle algo alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Lo mira su niño(a) directamente a los ojos por más de uno o dos segundos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Parece su niño(a) ser demasiado sensitivo al ruido? (por ejemplo, se tapa los oídos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Sonríe su niño(a) en respuesta a su cara o a su sonrisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. * ¿Lo imita su niño(a)? Por ejemplo, si usted le hace una mueca, su niño(a) trata de imitarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. * ¿Responde su niño(a) a su nombre cuando lo(a) llaman?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. * ¿Si usted señala a un juguete que está al otro lado de la habitación a su niño(a), lo mira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Camina su niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Presta su niño(a) atención a las cosas que usted está mirando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Hace su niño(a) movimientos raros con los dedos cerca de su cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Trata su niño(a) de llamar su atención (de sus padres) a las actividades que estada llevando a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su niño(a) es sordo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Comprende su niño(a) lo que otras dicen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Fija su niño(a) su mirada en nada o camina sin sentido algunas veces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Su niño(a) le mira a su cara para chequear su reacción cuando está en una situación diferente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dos o más de los puntos marcados con asterisco (), o tres de los elementos requieren más evaluación o recomendación.*



NINO/NA

Nombre

Fecha de Nacimiento

PADRE/GUARDIAN

Nombre

Numero de telefono/celular

**Patient Eligibility Screening Record: Vaccines for Children Program/
 Paciente Elegibilidad Screening Registro: programa de Vacunas para Ninos**

Proveedor de: Clinica Pediatrica del Sur

Un archive debe guardarse en el consultori del profesional de la salud que refleja el estado de todos los ninos de 18 anos de eded o mas juvenes, quienes reciben inmunizaciones con vacunas suministradas por los programas estatales. La contancio de mi ser completado por el padre, tutor o el individuo del registro, o por el proveedor de atencion medica. El mismo registro puede ser utilizado para no ha cambiado todos las visitas subsiguientes s largos como condicion de elegibilidad del nino. Si bien no se requiere verificacion de las respuestas, es necesario mantener esta o un registro similar para vacuna (s) de recepcion nino.

Nota: Si usted no tiene seguro de salud o si su compania de seguros no cubre las vacunas, usted puede recibir una vacuna proporcionada por el Programa de Vacunas para Ninos. Un cargo de \$21.93 por disparo sera debitada en el momento del servicio. Solo los ninos de 18 anos o menores son elegibles para este programa.

Marque solo UN (1) caja. Mi hijo.....		
(A) Esta inscrito en Medicaid (PeachState, WellCare, AmeriGroup, CareSource or SSI Medicaid).	<input type="radio"/>	OR
(B) Es indio o de Alaska Native American.	<input type="radio"/>	OR
(C) no tiene seguro de salud	<input type="radio"/>	OR
(D) Tiene un seguro de sauld que no paga por las vacumas.	<input type="radio"/>	OR
(E) Esta inscrito en PeachCare (PeachCare aparecera como Proveedor de atencion administrada).	<input type="radio"/>	OR
(F) Tiene un serguero medico que paga por las vacumas	<input type="radio"/>	

Imprimir el Nombre

Firma del Padre/Madre

Fecha