

American Academy of Pediatrics



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 18 MES

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Las evaluaciones de desarrollo infantil y de trastornos del espectro autista también son 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 le 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"/> Participar con otros para jugar.                               | <input type="checkbox"/> Girar y mirar a un adulto si sucede algo nuevo.                     | <input type="checkbox"/> Subir escaleras con 2 pies por escalón con la ayuda de su mano. |
| <input type="checkbox"/> Ayudar a vestirse y desvestirse.                               | <input type="checkbox"/> Empezar a recoger con una cuchara.                                  | <input type="checkbox"/> Sentarse en una silla pequeña.                                  |
| <input type="checkbox"/> Señalar los dibujos de un libro.                               | <input type="checkbox"/> Usar palabras para pedir ayuda.                                     | <input type="checkbox"/> Llevar un juguete mientras camina.                              |
| <input type="checkbox"/> Señalar un objeto interesante para dirigir su atención a ella. | <input type="checkbox"/> Identificar al menos dos partes del cuerpo.                         | <input type="checkbox"/> Garabatear espontáneamente.                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Nombrar, al menos, 5 objetos familiares, como la pelota o la leche. | <input type="checkbox"/> Lanzar una pelota pequeña a unos metros de donde está parado.   |

## VISITA MÉDICA DEL 18 MES

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

<b>Anemia</b>	¿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
<b>Audición</b>	¿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
<b>Plomo</b>	¿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
<b>Salud bucal</b>	¿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
<b>Visión</b>	¿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?

#### EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Felicita a su hijo por su buen comportamiento?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites que usted para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Si está planeando tener otro bebé, ¿ha pensado en cómo preparará a su hijo?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

#### HABLAR Y COMUNICARSE

¿Lee, canta y habla con su hijo sobre lo que está viendo y haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Señala con la mano para decir "adiós"?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza palabras sencillas para decirle a su hijo qué hacer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

#### SU HIJO Y LA TELEVISIÓN

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
Si su hijo utiliza los medios de comunicación, ¿observa usted los programas que su hijo ve o la actividad que realiza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

#### ALIMENTACIÓN SALUDABLE

¿Proporciona una variedad de verduras, frutas y otros alimentos nutritivos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo come mucha comida que describiría como comida chatarra?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Bebe agua todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo está dispuesto a probar alimentos nuevos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 18 MES

### SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad para auto 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 auto 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
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre otras maneras de mantener su casa segura?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Protección solar		
¿Le pone protector solar a su hijo cada vez que juega afuera?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
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>.

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: 18 Month Visit*

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



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.

<b>Marque solo UN (1) caja. Mi hijo.....</b>		
(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

# Vacuna contra la hepatitis A

## Lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis).

Las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

### 1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La hepatitis A es una enfermedad hepática grave. Es causada por el virus de la hepatitis A (VHA). El VHA se contagia de persona a persona a través del contacto con las heces (materia fecal) de personas infectadas, lo que puede ocurrir fácilmente si alguien no se lava las manos como corresponde. La hepatitis A también puede contagiarse a través del alimento, el agua u objetos contaminados con el VHA.

Los síntomas de la hepatitis A pueden incluir:

- fiebre, fatiga, falta de apetito, náuseas, vómitos o dolores articulares
- dolores de estómago y diarrea intensos (principalmente en niños), o
- ictericia (ojos o piel amarilla, orina oscura, heces de color arcilla).

Estos síntomas aparecen por lo general de 2 a 6 semanas después de la exposición y usualmente duran menos de 2 meses, aunque hay quienes pueden estar enfermos hasta 6 meses. Si tiene hepatitis A puede estar demasiado enfermo como para trabajar.

Los niños a menudo no tienen síntomas, pero la mayoría de los adultos sí. Puede contagiarse el VHA sin tener síntomas.

La hepatitis A puede provocar falla hepática y la muerte, aunque esto es poco frecuente y sucede más frecuentemente en personas de 50 años o más y en personas con otras enfermedades hepáticas, como la hepatitis B o C.

**La vacuna contra la hepatitis A puede prevenirla.** Las vacunas contra la hepatitis A han sido recomendadas en los Estados Unidos a partir de 1996. Desde entonces, el número de casos reportados por año en los EE. UU. ha descendido de 31,000 casos a menos de 1,500.

### 2 Vacuna contra la hepatitis A

La vacuna contra la hepatitis A es una vacuna inactivada (muerta). Necesitará **2 dosis** para una protección duradera. Estas dosis deberían darse con un intervalo de, al menos, 6 meses.

Los niños se vacunan de rutina entre su primer y segundo cumpleaños (12 a 23 meses de edad). Los niños más grandes y los adolescentes pueden ser vacunados después de los 23 meses. Los adultos que no han sido previamente vacunados y desean estar protegidos contra la hepatitis A también pueden vacunarse.

Usted debe vacunarse contra la hepatitis A si:

- va a viajar a países donde la hepatitis A es frecuente,
- es un hombre que tiene sexo con otros hombres,
- usa fármacos ilegales,
- tiene una enfermedad hepática crónica como la hepatitis B o C,
- está recibiendo tratamiento con concentrados de factores de la coagulación,
- trabaja con animales infectados de hepatitis A o en un laboratorio de investigación de la hepatitis A, o
- espera tener contacto personal con un niño adoptado internacionalmente de un país donde la hepatitis A es frecuente

Consulte a su proveedor de atención médica si desea recibir más información acerca de alguno de estos grupos.

No existen riesgos conocidos por la aplicación de la vacuna de hepatitis A al mismo tiempo que se reciben otras vacunas.

### 3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Informe a la persona que le aplica la vacuna:

- **Si tiene alguna reacción alérgica grave potencialmente mortal.**

Si alguna vez tuvo una reacción alérgica potencialmente mortal después de una dosis previa de la vacuna de la hepatitis A o si tiene una alergia grave a cualquier componente de esta vacuna, no debe recibir esta vacuna. Consulte a su proveedor de atención médica si desea más información sobre los componentes de la vacuna.

- **Si no se está sintiendo bien.**

Si tiene una enfermedad leve, como un catarro, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, posiblemente deba esperar hasta recuperarse. Su médico puede aconsejarlo.



## 4

### Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Aunque estos son usualmente leves y desaparecen por sí solos, también es posible que se produzcan reacciones graves.

La mayoría de las personas que reciben la vacuna de la hepatitis A no tienen ningún problema con ella.

**Se pueden presentar problemas menores** después de recibir la vacuna de la hepatitis A, tales como:

- dolor o enrojecimiento en el lugar donde se aplicó la inyección
- fiebre muy baja
- dolor de cabeza
- cansancio

Si se producen estos problemas, suelen comenzar poco tiempo después de la inyección y duran 1 o 2 días.

Su médico puede darle más información sobre estas reacciones.

**Problemas que pueden producirse después de la aplicación de esta vacuna:**

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante aproximadamente 15 minutos ayuda a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al proveedor si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sufren dolor en los hombros que puede ser más grave y duradero que el dolor más frecuente que sigue a la aplicación de la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan aproximadamente en 1 de cada millón de dosis y se producen de minutos a horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: [www.cdc.gov/vaccinesafety/](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/).

## 5

### ¿Qué hago si hay un problema grave?

**¿A qué debo prestar atención?**

- Debe prestar atención a cualquier aspecto que le preocupe, como signos de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o un comportamiento inusual.

Los signos de una **reacción alérgica grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad

para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Estos podrían comenzar entre algunos minutos y algunas horas después de la vacunación.

**¿Qué debo hacer?**

- Si cree que se trata de una **reacción alérgica grave** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, comuníquese telefónicamente con su clínica.

Luego, la reacción se debe notificar en el Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Sistema de informes de eventos adversos derivados de las vacunas). Su médico debe presentar este reporte o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llamando al **1-800-822-7967**.

*El VAERS no proporciona consejo médico.*

## 6

### Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) (Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones causadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que puedan haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al **1-800-338-2382** o visitando el sitio web del VICP en [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation). Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

## 7

### ¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregúntele a su proveedor de atención médica. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades):
  - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
  - Visite el sitio web de los CDC en [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).

## Vaccine Information Statement Hepatitis A Vaccine

7/20/2016

Spanish

Office Use  
Only



42 U.S.C. § 300aa-26