



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 9 MES

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **La evaluación del desarrollo infantil y la evaluación de riesgos de salud oral 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 BEBÉ Y SU FAMILIA.

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

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

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida del bebé o en la 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"/> Usar gestos básicos, como sostener sus brazos levantados para que la levanten o saludar con la mano. | <input type="checkbox"/> Mirar a su alrededor cuando dice cosas como "¿Dónde está tu biberón?" y "¿Dónde está tu manta?". | <input type="checkbox"/> Gatear con las manos y las rodillas. |
| <input type="checkbox"/> Buscar objetos caídos. | <input type="checkbox"/> Copiar los sonidos que hace. | <input type="checkbox"/> Recoger la comida y comerla. |
| <input type="checkbox"/> Realizar juegos como peekaboo y palmaditas. | <input type="checkbox"/> Sentarse bien sin ayuda. | <input type="checkbox"/> Levantar objetos pequeños con 3 dedos y un pulgar. |
| <input type="checkbox"/> Voltarse constantemente cuando llaman su nombre. | <input type="checkbox"/> Ponerse de pie. | <input type="checkbox"/> Soltar objetos a propósito. |
| <input type="checkbox"/> Decir "Papá" o "Mamá". | <input type="checkbox"/> Moverse fácilmente entre sentarse y acostarse. | <input type="checkbox"/> Golpear objetos juntos. |

VISITA MÉDICA DEL 9 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Plomo	¿Su bebé 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	¿La fuente de agua principal de su bebé contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su bebé parecen inusuales o cruzados?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su bebé 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 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

¿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 al bebé?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha desarrollado rutinas u otras formas de cuidar de sí mismo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Tiene usted una rutina regular a la hora de acostarse para su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se despierta durante la noche?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su bebé está aprendiendo cosas nuevas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su bebé tiene maneras de decirle que es lo que quiere y necesita?	<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
¿Su bebé ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hecho un plan de uso de los medios familiares para ayudarlo a equilibrar el uso de los medios con otras actividades familiares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

DISCIPLINA

¿Están de acuerdo usted y su pareja en cómo manejar el comportamiento de su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Limita el uso del "No" a las cuestiones más importantes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si usted tiene otros niños, ¿les permite ayudar con el bebé tanto como pueda?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ALIMENTAR AL BEBÉ

¿Su bebé se alimenta sola?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Bebe su bebé de una taza?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Deja que su bebé decida qué y cuánto comer?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Le da a su bebé alimentos con diferentes texturas (como hechos puré, licuados, pisados, picados o en grumos)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Si está amamantando, ¿está planeando continuar?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 9 MES

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 hábito o recordatorio que le impida dejar a su bebé en el auto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene a su bebé alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su bebé?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Siempre está al alcance de la mano de su bebé cuando está en la bañera?	<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
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su bebé 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 Questionnaires: 9 Month Visit*

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



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