



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están.  
Responda todas las preguntas. **Controlar el desarrollo del niño 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 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"/> Orinar en un orinal o en el inodoro.   | <input type="checkbox"/> Usar pronombres como "yo", "él". y "nuestro", correctamente.                        | <input type="checkbox"/> Correr bien sin caerse.                                                       |
| <input type="checkbox"/> Picar la comida con un tenedor.        | <input type="checkbox"/> Explicar las razones de las cosas, tales como necesitar un suéter cuando hace frío. | <input type="checkbox"/> Copiar una línea vertical.                                                    |
| <input type="checkbox"/> Lavarse y secarse las manos.           | <input type="checkbox"/> Nombrar al menos un color.                                                          | <input type="checkbox"/> Sujetar un crayón con el pulgar y los dedos de la mano en lugar de los puños. |
| <input type="checkbox"/> Jugar a fingir con juguetes o muñecas. | <input type="checkbox"/> Subir los escalones, usando un pie, luego el otro.                                  | <input type="checkbox"/> Atrapar pelotas grandes.                                                      |
| <input type="checkbox"/> Pedirle que mire diciendo, "¡Mírame!"  |                                                                                                              |                                                                                                        |

## VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

### 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>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
	¿Su hijo tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	<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?

#### RUTINAS FAMILIARES

¿Su familia come junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene usted una rutina regular a la hora de acostarse para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Alienta el ejercicio familiar, como caminar, nadar, bailar o andar en bicicleta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia va junta a museos, zoológicos y otros lugares educativos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Participan usted y su pareja en actividades sociales? ¿Comparte actividades con amigos, lejos de la familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todos en su familia siguen las mismas rutinas y establecen los mismos límites para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

#### APRENDER A HABLAR Y COMUNICARSE

¿Le lee a su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo y le da tiempo suficiente para que responda?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Escucha usted cuidadosamente a su hijo y, si es necesario, le ofrece las palabras adecuadas para ayudarlo a asegurarse de que sea entendido?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se frustra su hijo cuando otros no pueden entender lo que dice?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

#### LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS

¿Su hijo juega con otros niños?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Permite que su hijo tome decisiones como qué ropa ponerse, qué comer y qué libros leer?	<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	

## VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

### LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS (CONTINUACIÓN)

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
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### PREPARARSE PARA EL PREESCOLAR

¿Tiene planes para el cuidado de niños o preescolar en el próximo año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo es parte de un grupo de juego regular?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le lee libros a su hijo sobre cómo prepararse para la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está fomentando el entrenamiento para ir al baño?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Felicit a su hijo cuando trata de usar el orinal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra su hijo sujetado de manera segura en un asiento de seguridad 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
¿Tiene un detector de humo que funcione en todos los niveles de su casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Prueba las baterías una vez al mes?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Mantiene los fósforos 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 parrillas, las chimeneas y los calentadores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad al aire libre		
Cuando su hijo juega afuera, ¿se asegura de que permanezca dentro de las vallas y puertas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿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
¿Le ha enseñado a su hijo a tener cuidado con los perros, especialmente si están comiendo o no los conoce?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en su casa o cerca de ella?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Siempre le pone protector solar a su hijo cuando juega afuera?	<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: 2 1/2 Year 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