



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 2 años y medio

Para poder brindarle a usted y a su niño(a) la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.  
Por favor conteste todas las preguntas. ¡Muchas gracias!

## ¿De qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene alguna preocupación, pregunta o problema que le gustaría tratar hoy?

Nos interesa contestar sus preguntas. Por favor marque las cajitas correspondientes a los temas que quisiera tratar hoy.

<b>Rutinas familiares</b>	<input type="checkbox"/> Ponerle límites a la conducta del niño	<input type="checkbox"/> Usar las mismas reglas todos los que cuidan al niño	<input type="checkbox"/> El peso del niño
	<input type="checkbox"/> Hacer cosas divertidas en familia	<input type="checkbox"/> Rutinas diurnas y nocturnas	<input type="checkbox"/> Comer juntos en familia
<b>Aprender a hablar y comunicarse</b>	<input type="checkbox"/> Cuánta televisión es excesiva	<input type="checkbox"/> El lenguaje del niño	
<b>Llevarse bien con los demás</b>	<input type="checkbox"/> Jugar bien con otros	<input type="checkbox"/> Cómo y por qué darle opciones al niño	
<b>Prepararse para el preescolar</b>	<input type="checkbox"/> ¿Está listo su niño para el preescolar?	<input type="checkbox"/> Grupos de juego	<input type="checkbox"/> Entrenamiento para ir al baño
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto	<input type="checkbox"/> Precauciones de seguridad cerca del agua	<input type="checkbox"/> Prevenir quemaduras del sol
	<input type="checkbox"/> Precauciones de seguridad al jugar afuera	<input type="checkbox"/> Prevenir incendios	<input type="checkbox"/> Precauciones de seguridad con las mascotas y otros

## Preguntas acerca de su niño(a)

¿Algún pariente del niño ha desarrollado un problema médico nuevo desde su última visita? En caso de que sí, describir:  Sí  No  No sé

<b>Audición</b>	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño oye?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
<b>Visión</b>	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño ve?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se acerca su niño los objetos para tratar de enfocarlos con la vista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se ven raros los ojos de su niño o parece como si estuvieran cruzados, desviados o desalineados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se le caen los párpados al niño o uno de los párpados tiende a cerrarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido el niño alguna lesión en los ojos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
<b>Salud oral</b>	¿Tiene su hijo un dentista?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Contiene flúor la fuente principal de agua que su hijo bebe?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé

¿Ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

Mudanza  Cambio de empleo  Separación  Divorcio  Muerte en la familia  ¿Algún otro cambio?

¿Vive su niño con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume?  No  Sí

## Su niño(a) crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su niño?  No  Sí, describir:

Marque cada una de las cosas que su niño(a) es capaz de hacer:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Señala hasta 6 partes del cuerpo | <input type="checkbox"/> Los demás entienden qué dice el niño la mitad del tiempo | <input type="checkbox"/> Une 3 ó 4 palabras al hablar   |
| <input type="checkbox"/> Salta en un mismo lugar          | <input type="checkbox"/> Se lava y se seca las manos sin ayuda                    | <input type="checkbox"/> Sabe los sonidos correctos de animales (como maullido de gato, ladrado de perro) |
| <input type="checkbox"/> Se viste con ayuda               | <input type="checkbox"/> Participa en juegos imaginativos                         | <input type="checkbox"/> Se lava los dientes con ayuda  |
|   | <input type="checkbox"/> Juega con otros niños, como a perseguirse                |   |



American Academy  
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.

ACCOMPANIED BY/INFORMANT	PREFERRED LANGUAGE	DATE/TIME
DRUG ALLERGIES	CURRENT MEDICATIONS	
WEIGHT (%) <small>See growth chart.</small>	HEIGHT (%)	HEAD CIRC (%)
		BMI (%)

Name
ID NUMBER
TEMPERATURE
BIRTH DATE
AGE
M F

## History

<input type="checkbox"/> Previsit Questionnaire reviewed	<input type="checkbox"/> Child has special health care needs
<input type="checkbox"/> Child has a dental home	

Concerns and questions  None  Addressed (see other side)

Follow-up on previous concerns  None  Addressed (see other side)

Interval history  None  Addressed (see other side)

Medication Record reviewed and updated

## Social/Family History

See Initial History Questionnaire.  No interval change

**Family situation**

Parents working outside home:  Mother  Father

Child care:  Yes  No Type \_\_\_\_\_

Changes since last visit \_\_\_\_\_

## Review of Systems

See Initial History Questionnaire and Problem List.

No interval change

Changes since last visit \_\_\_\_\_

Nutrition \_\_\_\_\_

Elimination:  NL \_\_\_\_\_

Toilet training:  Yes  In process \_\_\_\_\_

Sleep:  NL \_\_\_\_\_

Behavior/Temperament:  NL \_\_\_\_\_

Physical activity

Play time (60 min/d)  Yes  No

Screen time (<2 h/d)  Yes  No

## Development

Structured developmental screen  NL Tool \_\_\_\_\_

**Developmental Surveillance** (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE	<input type="checkbox"/> PHYSICAL DEVELOPMENT
• Plays pretend	• Other people can understand what your child is saying half of the time	• Jumps up and down in place
• Plays with other children (eg, tag)	• When talking, puts 3 or 4 words together	• Puts on clothes with help
	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	• Washes and dries hands without help
	• Points to 6 body parts	• Brushes teeth with help
	• Knows correct animal sounds (eg, cat meows, dog barks)	

## Physical Examination

= NL

**Bright Futures Priority**

EYES (red reflex, cover/uncover test)

NEUROLOGIC (coordination, language, socialization)

**Additional Systems**

<input type="checkbox"/> GENERAL APPEARANCE	<input type="checkbox"/> LUNGS
<input type="checkbox"/> HEAD	<input type="checkbox"/> HEART
<input type="checkbox"/> EARS	<input type="checkbox"/> ABDOMEN
<input type="checkbox"/> NOSE	<input type="checkbox"/> GENITALIA
<input type="checkbox"/> MOUTH AND THROAT	<input type="checkbox"/> Male/Testes down
<input type="checkbox"/> NECK	<input type="checkbox"/> Female
<input type="checkbox"/> TEETH	<input type="checkbox"/> EXTREMITIES/HIPS
	<input type="checkbox"/> BACK
	<input type="checkbox"/> SKIN

Abnormal findings and comments

## Assessment

Well child

## Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

<input type="checkbox"/> FAMILY ROUTINES	<input type="checkbox"/> SOCIAL DEVELOPMENT	<input type="checkbox"/> SAFETY
• Family meals	• Supervised play with other children	• Car safety seat
• Family activities	• Setting limits	• Water
<input type="checkbox"/> LANGUAGE PROMOTION AND COMMUNICATION	• Emerging independence	• Appropriate supervision
• Limit TV	<input type="checkbox"/> PRESCHOOL CONSIDERATIONS	• Sun exposure
• Daily reading	• Group activities/ preschool (if possible)	• Fire safety
• Listen and repeat to child	• Toilet training	• Smoke detectors
		• Outdoor safety
		• Playground
		• Dogs

## Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results \_\_\_\_\_

Referral to \_\_\_\_\_

## Follow-up/Next visit

\_\_\_\_\_

See other side

Print Name	Signature
PROVIDER 1	
PROVIDER 2	





# Consejos de Bright Futures para los padres Visita de los 2 años y medio

Estas son algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser de utilidad para su familia.

FOMENTO DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

## Aprender a hablar y comunicarse

- Limite el tiempo de televisión y videos a 1 a 2 horas diarias.
- Supervise los programas de televisión que su niño(a) ve.
- Lean juntos todos los días. La lectura en voz alta le ayudará al niño a prepararse para el preescolar. Llévelo a la biblioteca y a oír cuentos.
- Déle tiempo adicional para contestar preguntas.
- Escúchelo con atención y repita lo que dice usando la gramática correcta.

CONSIDERACIONES PARA EL PREESCOLAR

## Prepararse para el preescolar

- Facilite el entrenamiento para ir al baño.
  - Vista al niño con ropa que se pueda quitar fácilmente.
  - Colóquelo en el inodoro cada una a dos horas.
  - Elógielo cuando tenga éxito.
- Trate de crear una rutina para ir al baño.
- Cree un ambiente relajado. Léale o cántele mientras está en el inodoro.
- Piense en inscribirlo en un programa preescolar o de Head Start.
- Vincúlese a un grupo de juegos o haga citas de juegos.

RUTINAS FAMILIARES

## Rutinas familiares

- Adquiera el hábito de leerle al niño por lo menos una vez al día.
- Es posible que su niño quiera que le lean el mismo libro una y otra vez.
- Visiten zoológicos, museos y otros lugares que le ayuden al niño a aprender.
- Disfruten de comidas en familia.
- Establezca rutinas tranquilas para acostar al niño.
- Hagan actividades físicas en familia.
- Su familia debe acordar cómo prepararse para su niño en crecimiento.
  - Todos los miembros de la familia deben seguir las mismas reglas.

SEGURIDAD

## Seguridad

- Compruebe que el asiento de seguridad esté correctamente instalado en el asiento trasero de todos los vehículos.
- Nunca deje al niño solo en la casa o el jardín, especialmente cerca de autos.
- Limite el tiempo que pasa el niño al sol. Póngale un sombrero y protector solar antes de que salga.
- Enséñele a preguntar si puede acariciar a un perro o a otro animal antes de tocarlo.
- Asegúrese de que el niño usa un casco de seguridad aprobado al montar en triciclo o ir en la silla de una bicicleta de adulto.
- Supervise al niño alrededor de parrillas y fogatas. Coloque una barrera alrededor de cualquier tipo de fuego. Coloque los fósforos fuera de la vista y el alcance del niño.
- Instale detectores de humo en cada nivel de su casa y ensáyelos cada mes. Es mejor usar detectores con pilas de larga duración, pero de no ser así, cambie las pilas cada año.
- Haga un plan de escape en caso de incendios.

SEGURIDAD

## Seguridad en el agua

- Observe al niño constantemente cuando esté cerca del agua, incluyendo cubos, piscinas de inflar e inodoros. Un adulto debe estar a un brazo de distancia siempre que el niño esté en el agua o cerca del agua.
- Vacíe los cubos, piscinas y bañeras apenas los termine de usar.
- Verifique que las piscinas tengan una cerca de cuatro lados con cerradura automática.

FOMENTAR EL DESARROLLO SOCIAL

## Llevarse bien con los demás

- Déle a su hijo la oportunidad de jugar con otros niños de su edad.
- Para evitar peleas, tenga dos juguetes iguales o pida que le compren a los amigos los mismos juguetes.
- Déle al niño la opción de escoger entre dos cosas buenas en cuanto a bocaditos, libros o juguetes.
- Siga rutinas diarias para comer, dormir y jugar.

## Qué esperar en la visita de los 3 años

### Hablaremos de:

- Leer y hablar
- Reglas y buen comportamiento
- Estar activos en familia
- Seguridad adentro y afuera
- Jugar con otros niños

Poison Help (Intoxicaciones): 1-800-222-1222  
 Inspección de asiento de seguridad para el auto: 1-866-SEATCHECK; seatcheck.org



American Academy  
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.