



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 2 meses

Para poder brindarle a usted y a su bebé la mejor atención 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 más quisiera tratar hoy.

<b>Cómo se siente usted</b>	<input type="checkbox"/> Reanudar sus actividades normales <input type="checkbox"/> Sentirse triste <input type="checkbox"/> Ayuda de su pareja en el cuidado del bebé y la casa <input type="checkbox"/> Ayuda para cuidar a su bebé <input type="checkbox"/> Cómo se llevan los hermanos con el bebé <input type="checkbox"/> Reservar tiempo para usted <input type="checkbox"/> Reservar tiempo a solas con su pareja
<b>Crecimiento del bebé</b>	<input type="checkbox"/> Cómo le va con su bebé <input type="checkbox"/> Dónde duerme su bebé <input type="checkbox"/> Cómo duerme su bebé <input type="checkbox"/> Proteger al bebé mientras duerme <input type="checkbox"/> Poner al bebé boca abajo a la hora del juego <input type="checkbox"/> Darse la vuelta <input type="checkbox"/> Hablar con su bebé <input type="checkbox"/> Calmar al bebé <input type="checkbox"/> Rutina diaria
<b>Su bebé y la familia</b>	<input type="checkbox"/> Dejar a su bebé cuando va a trabajar o estudiar <input type="checkbox"/> Buscar un buen cuidado infantil para su bebé
<b>Alimentar al bebé</b>	<input type="checkbox"/> Rutina de alimentación <input type="checkbox"/> Cuándo comenzar a darle alimentos sólidos <input type="checkbox"/> Cómo sostenerlo <input type="checkbox"/> Sacarle los gases <input type="checkbox"/> El peso de su bebé <input type="checkbox"/> Saber si su bebé tiene hambre o está lleno <input type="checkbox"/> Ayuda con la lactancia materna <input type="checkbox"/> Alimentarlo con fórmula
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Asiento de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Cómo revisar la temperatura del agua caliente <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Prevenir caídas al darse la vuelta <input type="checkbox"/> Seguridad en la bañera <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo

## Preguntas acerca de su bebé

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

**Visión**    ¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su bebé ve?     Sí     No     No sé

¿Tiene su bebé alguna necesidad especial de cuidado de salud?     No     Sí, describir:

Aparte del nacimiento de su bebé, ¿ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

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

Durante las pasadas 2 semanas, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido afectada por alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas     Nunca     Varios días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días  
 2. Se siente decaída, deprimida o desconsolada     Nunca     Varios días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días

Adaptado con permiso de "Identificación eficiente de adultos con depresión y demencia", 9/15/2004, American Family Physician Derechos Reservados © 2004 Academia Americana de Médicos de Familia. Todos los derechos reservados.

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

## Su bebé crece y se desarrolla

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

Marque cada una de las cosas que su bebé es capaz de hacer:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sonríe                  | <input type="checkbox"/> Se consuela a sí mismo (se lleva las manos a la boca)           | <input type="checkbox"/> Mueve ambos brazos y piernas a la vez    |
| <input type="checkbox"/> Gorjea                  | <input type="checkbox"/> Tiene distintos tipos de llanto para mostrar hambre o cansancio | <input type="checkbox"/> Sostiene la cabeza cuando lo cargan      |
| <input type="checkbox"/> Fija su mirada en usted | <input type="checkbox"/> Se pone inquieto si está aburrido                               | <input type="checkbox"/> Levanta la cabeza cuando está boca abajo |



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>	LENGTH (%)	WEIGHT FOR LENGTH (%)
		HEAD CIRC (%)

Name
ID NUMBER
TEMPERATURE
BIRTH DATE
AGE
M F

### History

<input type="checkbox"/> Previsit Questionnaire reviewed	Newborn screening <input type="checkbox"/> NL
<input type="checkbox"/> Child has special health care needs	Hearing screening <input type="checkbox"/> NL

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

### Physical Examination

= NL

**Bright Futures Priority**

- SKIN (rashes, bruising)
- HEAD/FONTANELLE (positional skull deformities)
- EYES (red reflex/strabismus/ appears to see)
- HEART
- FEMORAL PULSES
- MUSCULOSKELETAL (torticollis)
- HIPS
- NEUROLOGIC (tone, strength, symmetry)

**Additional Systems**

- GENERAL APPEARANCE
- EARS/APPEARS TO HEAR
- NOSE
- MOUTH AND THROAT
- LUNGS
- ABDOMEN
- GENITALIA
- Male/Testes down
- Female
- EXTREMITIES
- BACK

Abnormal findings and comments \_\_\_\_\_

### Social/Family History

See Initial History Questionnaire.  No interval change

**Family situation**

Parental adjustment to child \_\_\_\_\_

Maternal depression  Y  N \_\_\_\_\_

Parents working outside home:  Mother  Father

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

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

### Assessment

Well child

### Review of Systems

See Initial History Questionnaire and Problem List.

No interval change

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

**Nutrition:**  Breast milk Minutes per feeding \_\_\_\_\_  
 Hours between feeding \_\_\_\_\_ Feedings per 24 hours \_\_\_\_\_  
 Problems with breastfeeding \_\_\_\_\_  
 Formula Ounces per feeding \_\_\_\_\_  
 Source of water \_\_\_\_\_ Vitamins/Fluoride \_\_\_\_\_

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

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

**Behavior:**  NL \_\_\_\_\_

### Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

<input type="checkbox"/> PARENTAL (MATERNAL) WELL-BEING	<input type="checkbox"/> INFANT BEHAVIOR	<input type="checkbox"/> SAFETY
<input type="checkbox"/> INFANT-FAMILY SYNCHRONY	• Calming skills	• Car safety seat
<input type="checkbox"/> NUTRITIONAL ADEQUACY	• Physical	• Falls
• Breastfeeding	• Tummy time	• Burns
(400 IU vitamin D supplement)	• Daily routines	• Hot liquids
• Iron-fortified formula	• Sleep	• Water heater
• Solid foods (wait until 4–6 months)	• Back to sleep	• Smoke-free environment
• Elimination		• Drowning
• No bottle in bed		• Choking
		• Small objects
		• Plastic bags

**Development** (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> PHYSICAL DEVELOPMENT	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL
• Lifts head and begins to push up when prone	• Indicates boredom when no activity change	• Smiles
• Holds head erect for short periods (when held upright)	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE	• Looks at parent
• Diminished newborn reflexes	• Coos	• Self-comfort
• Symmetrical movement	• Different cries for different needs	

### 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	



**This American Academy of Pediatrics Visit Documentation Form is consistent with  
*Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3rd Edition.***

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the publisher.



# Consejos de Bright Futures para los padres Visita de los 2 meses

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

BIENESTAR MATERNO

## Cómo se siente usted

- Si usted se cuida, tendrá energía para cuidar a su bebé. Recuerde ir a su chequeo de post parto.
- Busque modos de pasar tiempo a solas con su pareja.
- Manténgase en contacto con familiares y amigos.
- Pida a sus otros hijos que le ayuden a cuidar al bebé con tareas sencillas y seguras, como traerle algo que necesite o agarrarle la manito al bebé.
- Dedique tiempo a solas con cada niño ya sea leyendo, hablando o haciendo algo juntos.

## Su bebé en crecimiento

- Inicie rutinas diarias para bañarlo, alimentarlo, dormirlo y jugar con él/ella.
- Ponga a su bebé a dormir boca arriba.
  - En una cuna, en su alcoba, pero no en su cama.
  - En una cuna que satisface las normas actuales de seguridad, sin barreras laterales que puedan bajarse y barrotes distanciados a no más de 2 3/8 de pulgada. Obtenga más información en el sitio web de la Comisión para la Seguridad de Productos para el Consumidor (Consumer Product Safety Commission) en [www.cpsc.gov](http://www.cpsc.gov).
  - Si la cuna tiene una barrera lateral corrediza que puede bajarse, manténgala siempre arriba y bloqueada. Contacte al fabricante de la cuna para averiguar si hay un dispositivo que impida que la barrera lateral corrediza pueda bajar.
- Mantenga fuera de la cuna los objetos suaves y las partes sueltas de la cama, como edredones, almohadas, cojines de protección y juguetes.
- Déle a su bebé un chupón si lo desea.
- Cargue a su bebé, háblele, acarícielo, léale, cántele y juegue con él/ella a menudo. Esto creará lazos de confianza entre los dos.

CONDUCTA INFANTIL

CONDUCTA INFANTIL

- Coloque a su bebé boca abajo cuando esté despierto y usted lo pueda observar.
- Descubra qué le gusta y qué no le gusta a su bebé.
- Note qué cosas lo ayudan a calmarse, como chuparse un dedo o un chupón, o acariciarlo, hablarle, mecerlo o pasearlo.

## Seguridad

- Use un asiento de seguridad orientado hacia atrás en todos los vehículos.
- Nunca coloque a su bebé en el asiento delantero de un vehículo con bolsa de aire para el pasajero.
- Use siempre su cinturón de seguridad y no maneje habiendo consumido alcohol o drogas.
- Mantenga su auto y su casa libres de humo de cigarrillo.
- Mantenga las bolsas plásticas, los globos y otros objetos pequeños, especialmente los juguetes pequeños de otros niños, lejos de su bebé.
- Su bebé puede darse la vuelta, así que sosténgalo con una mano cuando lo vista o le cambie el pañal.
- Ajuste el calentador de agua para que la temperatura del agua del grifo sea de 120 °F o menos.
- Nunca deje a su bebé solo en una bañera, aunque esté en una silla o en un aro de tina.

SEGURIDAD

## Su bebé y la familia

- Comience a planear su regreso al trabajo o la escuela.
- Busque un cuidado infantil limpio, seguro y amoroso para su bebé.
- Pídanos ayuda para obtener las cosas que su familia necesita, incluyendo cuidado infantil.
- Es normal que se sienta triste de apartarse de su bebé o molesta por tener que dejarlo en una guardería.

SINCRONIA BEBÉ-FAMILIA

## Alimentar a su bebé

- Alimente a su bebé sólo con leche materna o fórmula con hierro en los primeros 4 a 6 meses.

NUTRICIÓN ADECUADA

- Evite darle alimentos sólidos, jugo y agua hasta que tenga unos 6 meses de edad.
- Aliméntelo cuando vea señas de que tiene hambre.
  - Se lleva la mano a la boca
  - Chupa, chasquea los labios, se pone inquieto
- Termine de darle de comer cuando vea señas de que está lleno.
  - Voltea la cara
  - Cierra la boca
  - Relaja los brazos y las manos
- Sáquele los gases durante las pausas naturales de las tomas.

## Si le da pecho

- Alimente a su bebé 8 o más veces al día.
- Planee extraerse y almacenar leche materna. Avisenos si necesita ayuda.

## Si le da leche de fórmula

- Alimente a su bebé de 6 a 8 veces al día.
- Siga las medidas de precaución al preparar, calentar y almacenar la leche. Si necesita ayuda, avísenos.
- Cargue a su bebé para que puedan verse a los ojos.
- No recueste el biberón para que el bebé se lo tome solito.

## Qué esperar en la visita de los 4 meses

### Hablaremos de:

- Su bebé y su familia
- Cómo alimentar al bebé
- Sueño del bebé y seguridad en la cuna
- Cómo calmar a su bebé
- Jugar con su bebé
- Cómo cuidarse y cuidar a su bebé
- Mantener su casa segura para el bebé
- Dientes sanos

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

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, Actualizado en 10/11. 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.



American Academy  
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

