



# Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 18 meses

Para poder brindarle a usted y a su niño(a) la mejor atención posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.  
Por favor rodee con un círculo Sí o No para responder a cada pregunta. Muchas gracias.

## Su niño(a) y la familia: Apoyo familiar

|  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Reserva tiempo para usted?  | Sí | No |
| ¿Hacen actividades en familia como jugar y sentarse a comer juntos?                  | Sí | No |
| ¿Conoce los recursos comunitarios como WIC, Head Start y estampillas para alimentos? | Sí | No |
| ¿Alguna vez usted o su bebé han sido lastimados por su pareja?                       | No | Sí |
| ¿Le enseña a su niño que no es correcto morder y golpear a otros?                    | Sí | No |
| ¿Trata el niño de probar y comer nuevos alimentos?                                   | Sí | No |
| ¿Está pensando en tener otro niño?   | No | Sí |
| ¿Tiene suficiente comida para su familia?  | Sí | No |

## La conducta de su niño(a): Desarrollo y conducta infantil

|   |             |    |
|---|-------------|----|
| ¿Juega con su niño y le lee todos los días?   | Sí          | No |
| ¿Elogia a su niño cuando se porta bien?   | Sí          | No |
| Si su niño está molesto, ¿le ayuda a dirigir su atención hacia otra actividad, libro o juguete? | Sí          | No |
| ¿Habla con otros sobre cómo criar a su niño?  | Sí          | No |
| ¿Le ponen los mismos límites al niño usted y las demás personas que lo cuidan?                  | Sí          | No |
| ¿Cuántas horas al día ve televisión su niño?  | _____ horas |    |
| ¿Juega activamente su niño por una hora o más al día?   | Sí          | No |

## Hablar y escuchar: Fomento del lenguaje/audición

|  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Señala el niño lo que quiere, dice el nombre de algunas cosas y dice adiós con la mano? | Sí | No |
| ¿Le lee, le canta y le habla al niño sobre lo que están viendo y haciendo?               | Sí | No |
| ¿Usa palabras sencillas para decirle al niño qué hacer?                                  | Sí | No |



### Entrenamiento para el baño: Disposición para ir al baño

|   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Da signos el niño de que está listo para comenzar a usar el baño?                    | Sí | No |
| Permanece seco por 2 horas  | Sí | No |
| Sabe si está mojado o seco  | Sí | No |
| Avisa cuando está por tener una deposición.   | Sí | No |
| Se puede subir y bajar los pantalones   | Sí | No |
| ¿Lee libros con su niño sobre el uso de la bacinilla o el inodoro?                    | Sí | No |
| ¿Va el niño al baño con uno de sus padres o hermanos para aprender lo que debe hacer? | Sí | No |

### Seguridad

|  |     |    |    |
|--|-----|----|----|
| ¿Usa siempre un asiento de seguridad en el asiento trasero de todos los vehículos?                               | Sí  | No |    |
| ¿Está teniendo algún problema con el asiento de seguridad para el auto?  | No  | Sí |    |
| ¿Usan siempre el cinturón de seguridad todos los que van en el auto?   | Sí  | No |    |
| ¿Tiene detectores de humo y de monóxido de carbono en cada piso de su casa?                                      | Sí  | No |    |
| En caso de incendio, ¿tiene un plan para que todos salgan de la casa y se reúnan en un lugar afuera?             | Sí  | No |    |
| ¿Sabe el número telefónico por intoxicaciones (Poison Control)?  | Sí  | No |    |
| ¿Fuma alguien alrededor de su niño?  | No  | Sí |    |
| Si usted fuma, ¿le gustaría recibir información sobre cómo dejar el hábito?                                      | Sí  | No |    |
| ¿Mantiene los cigarrillos, los encendedores, los fósforos y el alcohol fuera de la vista y el alcance del niño?  | Sí  | No |    |
| ¿Mantiene al niño alejado de la estufa?  | Sí  | No |    |
| ¿Tiene rejas en los extremos de las escaleras?   | Sí  | No |    |
| ¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa seguros en todas las ventadas del segundo piso en adelante? | Sí  | No |    |
| ¿Tiene un arma de fuego alguien en su casa o en las casas donde su niño pasa tiempo?                             | No  | Sí |    |
| Si tiene armas, ¿las guarda sin municiones y bajo llave?   | N/A | Sí | No |

