



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 2 años

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.

El lenguaje de su niño(a): Evaluación del desarrollo del lenguaje

¿Lee con su niño todos los días?	Sí	No
¿Usa palabras sencillas al hacerle preguntas a su niño?	Sí	No
¿Le da al niño suficiente tiempo para contestar?	Sí	No
¿Le es posible entender lo que su niño desea?	Sí	No
¿Usa el niño oraciones de dos palabras como "Dame pan"?	Sí	No
¿Tiene planes de inscribir al niño en una guardería o preescolar en el próximo año?	Sí	No

Cómo se comporta su niño(a): Temperamento y conducta

¿Pasa tiempo a solas con su niño haciendo algo que al pequeño le guste?	Sí	No
¿Les pide a otros familiares y cuidadores del niño que sean constantes, pacientes y calmados con el pequeño?	Sí	No
¿Juega su niño con otros niños?	Sí	No

Entrenamiento para el baño

¿Ha estimulado al niño a aprender a ir al baño?	Sí	No
¿Le avisa su niño cuando va a tener una deposición?	Sí	No
¿Permanece seco el niño por cerca de dos horas seguidas?	Sí	No
¿Distingue el niño entre estar mojado y seco?	Sí	No
¿Está interesado el niño en usar el inodoro?	Sí	No
¿Le ayuda a su niño a lavarse las manos después de ir al baño?	Sí	No
¿Le ha enseñado al niño a estornudar o toser tapándose con el hombro?	Sí	No



Su niño(a) y la televisión: Ver televisión

¿Cuántas horas al día ve televisión su niño? _____ horas

Si su niño ve televisión, ¿ven juntos los programas y hablan sobre lo que ven?	Sí	No
¿Disfrutan de actividades físicas en familia?	Sí	No
¿Juega activamente su niño por una hora o más al día?	Sí	No

Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad en el asiento trasero del auto?	Sí	No
¿Supervisa al niño cuando está jugando afuera?	Sí	No
¿Mantiene al niño alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, entradas de garajes y calles?	Sí	No
¿Usa el niño un casco cada vez que monta en triciclo, en un carrito motorizado o en una silla de una bicicleta de adulto?	Sí	No
¿Tiene un arma de fuego alguien en su casa o en las casas donde su niño pasa tiempo?	N/A	Sí No
Si tiene armas, ¿las guarda sin municiones y bajo llave?	Sí	No
¿Fuma alguien alrededor de su niño?	No	Sí
Si usted fuma, ¿le gustaría recibir información sobre cómo dejar el hábito?	Sí	No



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.