



# Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 4 meses

Para poder brindarle a usted y a su bebé 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 bienestar de su familia: En familia

¿Se están llevando bien usted y su pareja?		Sí	No
¿Han podido salir solos usted y su pareja?		Sí	No
¿Le es posible cuidar a su bebé?		Sí	No
¿Ha regresado al trabajo o la escuela?		No	Sí
¿Le es posible pasar tiempo a solas con cada uno de sus hijos mayores?	N/A	Sí	No
¿Le ayudan otros familiares y amigos a cuidar del bebé?		Sí	No

## Su bebé va cambiando: Desarrollo infantil

¿Juega con su bebé, le habla y lo arrulla?		Sí	No
¿Tiene su bebé un horario regular de alimentación, siestas y juegos?		Sí	No
¿Puede su bebé dormir de 5 a 6 horas seguidas en la noche?		Sí	No
¿Sigue una rutina para acostar a su bebé en la noche?		Sí	No
¿Duerme su bebé boca arriba?		Sí	No
¿Duerme su bebé en una cuna?		Sí	No
¿Ha hablado con el doctor del niño sobre la importancia de que el bebé duerma siempre boca arriba?		Sí	No
¿Pasa tiempo su bebé boca abajo cuando está despierto y junto a usted?		Sí	No
¿Le es posible calmar a su bebé?		Sí	No
¿Cuántas horas al día ve televisión el bebé?		_____ horas	

## Alimentar a su bebé: Nutrición adecuada

¿Con qué está alimentando a su bebé?	Leche materna	Fórmula	Ambos
Si amamanta a su bebé, ¿está tomando el bebé un suplemento de vitamina D?	N/A	Sí	No
Si alimenta a su bebé con leche de fórmula, ¿está tomando el bebé una fórmula enriquecida con hierro?	N/A	Sí	No
¿Está pensando en comenzar a darle alimentos sólidos al bebé?		No	Sí
¿Sabe cuáles son los signos de que su bebé está listo para comer alimentos sólidos?		Sí	No



### Dientes sanos: Salud oral

¿Va usted al dentista, se lava los dientes y usa hilo dental regularmente?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Permite que el bebé tome el biberón en la cuna?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
¿Está dando su bebé señas de que le están saliendo dientes como babear, fiebre o inquietud?	<b>No</b>	<b>Sí</b>

### Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad para el auto?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Coloca siempre el asiento de seguridad del bebé orientado hacia atrás en el asiento trasero del auto?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Está teniendo algún problema con el asiento de seguridad para el auto?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
¿Permanece siempre a un brazo de distancia de su bebé cuando el bebé está en la bañera, aunque esté en una silla o aro de tina?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Sostiene al bebé con una mano cada vez que le cambia el pañal?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Es la temperatura del agua caliente que sale por el grifo de su casa de 120 °F o menos?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Toma o lleva líquidos calientes mientras tiene en brazos a su bebé?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
¿Fuma alguien alrededor de su bebé?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
Si usted fuma, ¿le gustaría recibir información sobre cómo dejar el hábito?	<b>Sí</b>	<b>No</b>



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.