



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 4 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.

Prepararse para la escuela: Disposición para la escuela

¿Contesta las preguntas de su niño(a) con respuestas cortas y sencillas?	Sí	No
¿Le ayuda a su niño a disculparse si hierne los sentimientos de otros?	Sí	No
¿Está interesado su niño en otros niños?	Sí	No
¿Tiene su niño un mejor amigo?	Sí	No
¿Tiene su niño la oportunidad de jugar con otros niños, como en grupos de juego o el preescolar?	Sí	No
¿Parece su niño contento de ir al preescolar o a la guardería la mayor parte del tiempo?	Sí	No
¿Lee con su niño y hacen juegos rítmicos?	Sí	No
¿Lleva a su niño a paseos al parque o a la biblioteca?	Sí	No
¿Asiste su niño a un preescolar?	Sí	No
Cuando una nueva persona conoce al niño ¿entiende lo que el niño dice?	Sí	No
¿Le da al niño suficiente tiempo para contestar preguntas y relatar sucesos?	Sí	No

Hábitos saludables: Desarrollar hábitos personales saludables

¿Se lava su niño los dientes dos veces al día?	Sí	No
¿Toma su niño una siesta la mayoría de los días?	Sí	No
¿Ven televisión mientras comen?	No	Sí

La televisión y los medios: Televisión y medios de comunicación

¿Ve su niño más de dos horas de televisión al día?	No	Sí
¿Tiene el niño una televisión en su alcoba?	No	Sí
¿Juega activamente su niño por una hora o más al día?	Sí	No
¿Realizan actividades físicas en familia como salir a caminar o jugar en el parque?	Sí	No



Su comunidad: Participación y seguridad en la comunidad

¿Necesita ayuda para hallar los recursos comunitarios que su familia necesita?	No	Sí
¿Siente que están seguros en su comunidad?	Sí	No
¿Se siente usted seguro(a) en casa a todo momento?	Sí	No
¿Se siente cómodo(a) contestando las preguntas que el niño le hace sobre su cuerpo?	Sí	No
¿Sabe su niño que nunca es correcto que un niño mayor o un adulto le pida ver sus partes privadas?	Sí	No

Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad en el asiento trasero del auto?	Sí	No
¿Se asegura de nunca dejar solo al niño en el auto, la casa o el jardín?	Sí	No
¿Supervisa al niño de cerca cuando juega cerca de calles y entradas de garajes?	Sí	No
¿Mantiene las medicinas, los detergentes y los insecticidas bajo llave?	Sí	No
¿Sabe cómo obtener ayuda si siente que corre peligro en la casa?	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 y las municiones en otro lugar bajo llave?	N/A	Sí No
¿Pregunta si hay armas en las casas donde su niño juega?	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.