



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visitas de los 5 a los 6 años

Para poder brindarle 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

¿Va su hijo(a) a la escuela?	N/A	Sí	No
¿Conoce al maestro o a la maestra de su hijo?		Sí	No
¿Le es posible asistir a las funciones de la escuela de su hijo?		Sí	No
¿Está satisfecho(a) con el cuidado de su hijo después de la escuela?		Sí	No
¿Tiene alguna preocupación sobre el desempeño escolar del niño?		No	Sí
¿Sabe cuáles son las señas de que a su hijo lo están agrediendo o molestando en la escuela?		Sí	No
¿Recibe su hijo algún tipo de servicio especial de educación?		No	Sí

Su hijo(a) y la familia: Salud mental

¿Realizan actividades en familia, tradiciones y rutinas?		Sí	No
¿Disciplina al niño para enseñarle la buena conducta y no para castigarlo?		Sí	No
¿Realiza el niño quehaceres sencillos alrededor de la casa?		Sí	No
¿Le ayuda a su hijo a controlar el enojo?		Sí	No
¿Arregla su hijo los problemas con palabras y no mediante conductas violentas como morder o golpear?		Sí	No
¿Se lleva bien el niño con sus amigos?		Sí	No

Mantenerse saludable: Nutrición y actividad física

¿Se desayuna su hijo todos los días?		Sí	No
¿Come su hijo por lo menos 5 porciones de frutas y vegetales al día?		Sí	No
¿Toma su hijo por lo menos 3 porciones de leche baja en grasa al día o come yogurt o queso?		Sí	No
¿Limita las comidas grasosas, los dulces, los refrescos, los bocaditos salados y la comida chatarra?		Sí	No
¿Le preocupa el peso de su hijo?		No	Sí
¿Se mantiene activo su hijo al menos por una hora al día?		Sí	No
¿Ve su hijo televisión, juega videojuegos o usa la computadora (sin incluir tareas) por más de 2 horas al día?		No	Sí



Dientes sanos: Salud oral

¿Se lava su hijo los dientes dos veces al día?	Sí	No
¿Usa su hijo hilo dental una vez al día?	Sí	No
¿Va su hijo al dentista por lo menos dos veces al año?	Sí	No

Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad para el auto en el asiento trasero de todos los vehículos?	Sí	No
¿Conoce su hijo las medidas de precaución en la calle como detenerse en la acera, mirar a ambos lados y nunca cruzar la calle sin un adulto?	Sí	No
¿Usa su hijo un casco y otro equipo de protección siempre que monta en bicicleta, patina, monta a caballo, esquí o se desliza en la nieve?	Sí	No
¿Sabe su hijo nadar y nada sólo cuando un adulto está observándolo?	Sí	No
¿Le pone protector solar al niño cada vez que va a salir a jugar o a nadar?	Sí	No
¿Le ha enseñado al niño que nunca está bien que un adulto le pida que le oculte algo a sus padres?	Sí	No
¿Sabe su niño que nunca es correcto que un niño mayor o un adulto le pida ver sus partes privadas?	Sí	No
¿Tiene y practica su familia un plan de escape en caso de que haya un incendio en la casa?	Sí	No
¿Hay detectores de humo y de monóxido de carbono en cada piso de su 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	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.