



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 15 meses

Para poder brindarle a usted y a su niño(a) la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.  
Por favor conteste todas las preguntas. ¡Muchas gracias!

## ¿De qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene alguna preocupación, pregunta o problema que le gustaría tratar hoy?

Nos interesa contestar sus preguntas. Por favor marque las cajitas correspondientes a los temas que quisiera tratar hoy.

<b>Lenguaje y sentimientos</b>	<input type="checkbox"/> Qué hacer si su niño llora cuando usted se va	<input type="checkbox"/> Cómo asumir las frustraciones que le causa su niño
	<input type="checkbox"/> Ayudar al niño a hablar y aprender	<input type="checkbox"/> Miedo del niño ante personas desconocidas
		<input type="checkbox"/> Saber cómo darle al niño opciones limitadas
<b>Una buena noche</b>	<input type="checkbox"/> La rutina para acostar al niño	<input type="checkbox"/> El niño se despierta de noche
<b>Rabietas y disciplina</b>	<input type="checkbox"/> Rabietas	<input type="checkbox"/> Cómo disciplinar al niño
		<input type="checkbox"/> Estimular una buena conducta
<b>Dientes sanos</b>	<input type="checkbox"/> Dejar de usar el biberón/el chupón	<input type="checkbox"/> Lavarle los dientes
		<input type="checkbox"/> Primera visita al dentista
		<input type="checkbox"/> Prevenir problemas dentales
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto	<input type="checkbox"/> Prevenir caídas, quemaduras y envenenamientos
	<input type="checkbox"/> Cómo poner su casa a prueba de peligros adentro y afuera	

## Preguntas acerca de su niño(a)

¿Algún pariente del niño ha desarrollado un problema médico nuevo desde su última visita? En caso de que sí, describir:  Sí  No  No sé

<b>Audición</b>	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño oye?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
<b>Visión</b>	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño ve?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha tenido el niño alguna lesión en los ojos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se acerca su niño los objetos para tratar de enfocarlos con la vista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se ven raros los ojos del niño o parece como si estuvieran cruzados, desviados o desalineados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Se le caen los párpados al niño o uno de los párpados tiende a cerrarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

¿Tiene su niño alguna necesidad especial de cuidado de salud?  No  Sí, describir:

¿Ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

Mudanza  Cambio de empleo  Separación  Divorcio  Muerte en la familia  ¿Algún otro cambio?

¿Vive su niño con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume?  No  Sí

## Su niño(a) crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su niño?  No  Sí, describir:

Marque cada una de las cosas que su niño(a) es capaz de hacer:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intenta hacer lo que usted hace | <input type="checkbox"/> Bebe de un vaso casi sin regar | <input type="checkbox"/> Ayuda en la casa                |
| <input type="checkbox"/> Se agacha sin caerse            | <input type="checkbox"/> Dice 2 ó 3 palabras            | <input type="checkbox"/> Le da juguetes para que los vea |
| <input type="checkbox"/> Camina bien                     | <input type="checkbox"/> Escucha un cuento              | <input type="checkbox"/> Sigue órdenes sencillas         |
|  | <input type="checkbox"/> Pone un bloque en un vaso      | <input type="checkbox"/> Garabatea                       |

Anote palabras que dice el niño:

---



---



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.

ACCOMPANIED BY/INFORMANT	PREFERRED LANGUAGE	DATE/TIME
DRUG ALLERGIES	CURRENT MEDICATIONS	
WEIGHT (%) <small>See growth chart.</small>	LENGTH (%)	WEIGHT FOR LENGTH (%)
		HEAD CIRC (%)

Name
ID NUMBER
TEMPERATURE
BIRTH DATE
AGE
M F

## History

<input type="checkbox"/> Previsit Questionnaire reviewed	<input type="checkbox"/> Child has special health care needs
<input type="checkbox"/> Child has a dental home	

Concerns and questions  None  Addressed (see other side)

Follow-up on previous concerns  None  Addressed (see other side)

Interval history  None  Addressed (see other side)

Medication Record reviewed and updated

## Social/Family History

See Initial History Questionnaire.  No interval change

**Family situation**

Parents working outside home:  Mother  Father

Child care:  Yes  No Type \_\_\_\_\_

Changes since last visit \_\_\_\_\_

## Review of Systems

See Initial History Questionnaire and Problem List.

No interval change

Changes since last visit \_\_\_\_\_

Nutrition:  Breast  Bottle  Cup  
Milk \_\_\_\_\_ Ounces per day \_\_\_\_\_  
Solid foods \_\_\_\_\_  
Juice \_\_\_\_\_  
Source of water \_\_\_\_\_ Vitamins/Fluoride \_\_\_\_\_

Elimination:  NL \_\_\_\_\_

Sleep:  NL \_\_\_\_\_

Behavior:  NL \_\_\_\_\_

Activity (playtime, no TV):  NL \_\_\_\_\_

**Development** (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE	<input type="checkbox"/> PHYSICAL
• Tries to do what you do	• Says 2 to 3 words	DEVELOPMENT
• Helps in the house	• Brings toys over to show you	• Bends down without falling
• Listens to a story	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	• Walks well
	• Scribbles	• Puts block in a cup
	• Follows simple commands	• Drinks from a cup with very little spilling

## Physical Examination

= NL

**Bright Futures Priority**

- EYES (red reflex, cover/uncover test)
- NEUROLOGIC
- TEETH (caries, white spots, staining)

**Additional Systems**

- GENERAL APPEARANCE
- HEAD/FONTANELLE
- EARS/APPEARS TO HEAR
- NOSE
- MOUTH AND THROAT
- LUNGS
- HEART
- Femoral pulses

- ABDOMEN
- GENITALIA
- Male/Testes down
- Female
- EXTREMITIES/HIPS
- BACK
- SKIN

Abnormal findings and comments

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Assessment

Well child

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

<input type="checkbox"/> COMMUNICATION AND SOCIAL DEVELOPMENT	<input type="checkbox"/> TEMPER TANTRUMS AND DISCIPLINE	<input type="checkbox"/> SAFETY
• Give limited choices	• Distraction	• Car safety seat
• Stranger anxiety	• Praise	• Home safety
• Read and talk with child	• Consistency	• Poisons
<input type="checkbox"/> SLEEP ROUTINES AND ISSUES	<input type="checkbox"/> HEALTHY TEETH	• Falls
• Consistent routines	• First dentist visit	• Burns
• Night waking	• Healthy oral habits	• Smoke detectors
	• No bottle	• Carbon monoxide detectors

## Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referral to \_\_\_\_\_

**Follow-up/Next visit** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

See other side

Print Name	Signature
PROVIDER 1	
PROVIDER 2	



**This American Academy of Pediatrics Visit Documentation Form is consistent with  
*Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3rd Edition.***

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.  
Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the publisher.

# Consejos de Bright Futures para los padres Visita de los 15 meses

Estas son algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser de utilidad para su familia.

## Lenguaje y sentimientos

- Enséñele a su niño(a) a usar palabras.
  - Use palabras que describan los sentimientos del niño.
  - Describa los gestos del niño con palabras.
  - Use frases sencillas y claras al hablarle.
  - Al leerle, describa las ilustraciones con palabras sencillas.
- Trate de darle opciones. Permítale escoger entre dos buenas opciones, como una banana o una manzana, o dos libros favoritos.
- Es normal que su niño se ponga ansioso frente a nuevas personas. Trate de reconfortarlo.

## Una buena noche de sueño

- Trate que la hora de ir a la cama sea un momento cariñoso y relajado.
- Cree una rutina sencilla de buenas noches. Incluya un libro.
- Acueste al niño a una hora fija cada noche, preferiblemente temprano.
- Trate de acostarlo cuando esté adormilado pero aún despierto.
- Si se despierta durante la noche, evite entretenerlo. Tranquilícelo con palabras y déle una manta o un muñeco que lo reconforten.

## Seguridad

- Mantenga el asiento de seguridad para el auto orientado hacia atrás hasta que su niño cumpla dos años de edad o hasta que alcance el máximo peso o estatura permitido por el fabricante del asiento.
- Consulte el manual del fabricante al hacer el cambio de posición del asiento de seguridad del auto de atrás hacia adelante.

- Nunca coloque al niño en el asiento delantero de un vehículo con bolsa de aire para el pasajero. El asiento trasero es el lugar más seguro para que viajen los niños.
- Todos los que van en un auto deben usar el cinturón de seguridad.
- Guarde bajo llave los productos tóxicos, medicinas, detergentes y productos para el césped.
- Llame a Poison Help (1-800-222-1222) si cree que su niño se ha comido algo nocivo.
- Instale rejas en los extremos de las escaleras y seguros en las ventanas del segundo piso en adelante. Aleje los muebles de las ventanas.
- Mantenga al niño alejado de manijas de ollas, electrodomésticos, chimeneas y calentadores portátiles.
- Guarde bajo llave los cigarrillos, fósforos, encendedores y alcohol.
- Tenga detectores de humo y de monóxido de carbono que funcionen, así como un plan de escape.
- Ajuste el calentador de agua a una temperatura inferior a 120 °F.

## Rabieta y disciplina

- Siempre que sea posible, use la distracción para detener una rabieta.
- Para evitar decir "¡No!", haga que su casa y su jardín sean lugares seguros para jugar.
- Elogie al niño cuando se porte bien.
- Establezca límites y use la disciplina en lugar del castigo para enseñarle al niño y protegerlo de los peligros.
- Sea paciente con el niño si riega la comida o hace desorden al jugar. Recuerde que está aprendiendo.
- Déle la opción de elegir entre dos buenas cosas para comer, jugar, tomar o leer.

## Dientes sanos

- Lleve al niño a su primer chequeo dental si ya no lo ha hecho.
- Lávele los dientes dos veces al día, luego del desayuno y antes de acostarlo con un cepillo de cerdas suaves y agua sola.
- Deje de darle el biberón; úselo sólo para darle agua.
- Lávese sus propios dientes y evite compartir vasos y cucharas con el niño o limpiar el chupón con su boca.

## Qué esperar en la visita de los 18 meses

### Hablaremos de:

- Hablar y leer con su niño
- Grupos de juego
- Preparar a sus demás hijos para un nuevo bebé
- Pasar tiempo con sus familiares y su pareja
- Seguridad en el auto y en el hogar
- Entrenamiento para ir al baño
- Establecer límites y usar la pausa obligada

Poison Help (Intoxicaciones): 1-800-222-1222

Inspección de asiento de seguridad para el auto:  
1-866-SEATCHECK; seatcheck.org