



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de 1 mes

Para poder brindarle a usted y a su bebé la mejor atención 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.

Cómo se siente usted	<input type="checkbox"/> Sentirse triste <input type="checkbox"/> Usar drogas <input type="checkbox"/> Beber alcohol <input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Regresar al trabajo o a la escuela <input type="checkbox"/> Planes de amamantar al bebé <input type="checkbox"/> Cómo elegir el cuidado infantil para su bebé
Su bebé y la familia	<input type="checkbox"/> Pedir ayuda cuando la necesite <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios que podrían ayudarle a su familia <input type="checkbox"/> Violencia en la casa/maltrato/abuso
Conociendo al bebé	<input type="checkbox"/> Horario de sueño/horas despierto <input type="checkbox"/> Dónde duerme su bebé <input type="checkbox"/> Cómo duerme su bebé <input type="checkbox"/> Proteger al bebé mientras duerme <input type="checkbox"/> Bebé aburrido <input type="checkbox"/> Poner al bebé boca abajo a la hora del juego <input type="checkbox"/> Cómo calmar a su bebé <input type="checkbox"/> Llanto excesivo
Alimentar al bebé	<input type="checkbox"/> Frecuencia para alimentarlo <input type="checkbox"/> Cómo saber si está comiendo suficiente <input type="checkbox"/> Qué debe darle de comer <input type="checkbox"/> Alimentarlo con fórmula <input type="checkbox"/> Ayuda con la lactancia materna <input type="checkbox"/> Cómo sostener al bebé mientras lo alimenta <input type="checkbox"/> Sacarle los gases <input type="checkbox"/> Usar un chupón <input type="checkbox"/> Preocupación por el peso de su bebé
Seguridad	<input type="checkbox"/> Asiento de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Prevenir caídas <input type="checkbox"/> Asfixia por pulseras, collares y juguetes con cordeles

Preguntas acerca de su bebé

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

Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su bebé ve?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Tuberculosis	¿Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina un familiar o un contacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Nació su bebé en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Europa Occidental)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	¿Ha viajado su niño por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis (o ha estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

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

Aparte del nacimiento de su bebé, ¿ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

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

Durante las pasadas 2 semanas, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido afectada por alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
2. Se siente decaída, deprimida o desconsolada Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Adaptado con permiso de "Identificación eficiente de adultos con depresión y demencia", 9/15/2004, American Family Physician Derechos Reservados © 2004 Academia Americana de Médicos de Familia. Todos los derechos reservados.

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

Su bebé crece y se desarrolla

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

Marque cada una de las cosas que su bebé es capaz de hacer:

- Si está molesto, es capaz de calmarse Reconoce las voces de sus padres Levanta la cabeza cuando está boca abajo
 Sigue a los padres con la mirada Sonríe



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	Newborn screening <input type="checkbox"/> NL
<input type="checkbox"/> Child has special health care needs	Hearing screening <input type="checkbox"/> NL

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

Physical Examination

= NL

Bright Futures Priority

- HEAD/FONTANELLE (positional skull deformities)
- EYES (red reflex/strabismus/ appears to see)
- HEART
 - FEMORAL PULSES
- ABDOMEN
- MUSCULOSKELETAL (torticollis)
 - HIPS
- NEUROLOGIC (tone, strength, symmetry)

Additional Systems

- GENERAL APPEARANCE
- EARS/APPEARS TO HEAR
- NOSE
- MOUTH AND THROAT
- LUNGS
- GENITALIA
 - Male/Testes down
 - Female
- EXTREMITIES
- BACK
- SKIN

Abnormal findings and comments _____

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. No interval change

Family situation

Parental adjustment to child _____

Maternal depression Y N _____

Observation of parent-child interaction _____

Reaction of siblings to new child _____

Work plans _____

Child care plans _____

Assessment

Well child

Review of Systems

See Initial History Questionnaire and Problem List.

No interval change

Changes since last visit _____

Nutrition: Breast milk Minutes per feeding _____
 Hours between feeding _____ Feedings per 24 hours _____
 Problems with breastfeeding _____
 Formula Ounces per feeding _____
 Source of water _____ Vitamins/Fluoride _____

Elimination: NL _____

Sleep: NL _____

Behavior: NL _____

Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

- PARENTAL WELL-BEING
- FAMILY ADJUSTMENT
- FEEDING ROUTINES
 - Breastfeeding (400 IU vitamin D supplement)
 - Iron-fortified formula
 - Solid foods (wait until 4-6 months)
 - Elimination
 - 5-8 wet diapers, 3-4 stools
- INFANT ADJUSTMENT
 - Tummy time
 - Encourage daily routines
 - Back to sleep
 - Sleep location
 - Techniques to calm
- SAFETY
 - Car safety seat
 - Falls
 - No strings around neck
 - No shaking
 - Smoke-free environment

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results _____

Referral to _____

Follow-up/Next visit _____

See other side

Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL • If upset, able to calm	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE • Recognizes parents' voices • Follows parent with eyes	<input type="checkbox"/> PHYSICAL DEVELOPMENT • Able to lift head when on tummy
<input type="checkbox"/> COGNITIVE • Has started to smile		

Print Name	Signature
PROVIDER 1	
PROVIDER 2	





Consejos de Bright Futures para los padres Visita de 1 mes

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

Cómo se siente usted

- Si usted se cuida, tendrá energía para cuidar a su bebé. Recuerde ir a su chequeo de post parto.
- Pida ayuda si se siente triste, decaída o muy cansada por muchos días seguidos.
- Tenga en cuenta que a muchos padres les es difícil regresar al trabajo o la escuela.
- Busque cuidado infantil seguro y amoroso para su bebé. Pídanos ayuda si la necesita.
- Si planea regresar al trabajo o la escuela, piense en cómo podría seguir dándole de lactar a su bebé.

BIENESTAR MATERNO

Conociendo a su bebé

- Inicie rutinas diarias para bañarlo, alimentarlo, dormirlo y jugar con él/ella.
- Ponga a su bebé a dormir boca arriba.
 - En una cuna, en su alcoba, pero no en su cama.
 - En una cuna que satisface las normas actuales de seguridad, sin barreras laterales que puedan bajarse y barrotes distanciados a no más de 2³/₈ de pulgada. Obtenga más información en el sitio web de la Comisión para la Seguridad de Productos para el Consumidor (Consumer Product Safety Commission) en www.cpsc.gov.
 - Si la cuna tiene una barrera lateral corrediza que puede bajarse, manténgala siempre arriba y bloqueada. Contacte al fabricante de la cuna para averiguar si hay un dispositivo que impida que la barrera lateral corrediza pueda bajar.
 - Mantenga fuera de la cuna los objetos suaves y las partes sueltas de la cama, como edredones, almohadas, cojines de protección y juguetes.
 - Déle a su bebé un chupón si lo desea.

AJUSTARSE AL BEBÉ

AJUSTARSE AL BEBÉ

- Cargue y abrace a su bebé a menudo.
 - Colóquelo boca abajo cuando esté despierto y usted lo pueda observar.
- El llanto es normal y puede aumentar entre las 6 y las 8 semanas de edad.
- Cuando su bebé lllore, háblele, acarícielo y mézalo para calmarlo.
- *Nunca sacuda a su bebé.*
- Si pierde la paciencia, ponga a su bebé en un lugar seguro y pida ayuda.

Seguridad

- Use un asiento de seguridad orientado hacia atrás en todos los vehículos.
- Nunca coloque a su bebé en el asiento delantero de un vehículo con bolsa de aire para el pasajero.
- Use siempre su cinturón de seguridad y no maneje habiendo consumido alcohol o drogas.
- Mantenga su auto y su casa libres de humo de cigarrillo.
- No le ponga al bebé collares o brazaletes que tengan cordeles o cintas que cuelgan.
- Sostenga a su bebé con una mano cuando lo vista o le cambie el pañal.

SEGURIDAD

El bebé y su familia

- Coordine con su pareja, sus amigos y su familia para que pueda dedicarse un tiempo a sí misma.
- También dedique tiempo a estar con su pareja.
- Infórmenos si no puede satisfacer las necesidades básicas de su familia. Existen recursos comunitarios para ayudarlo.
- Vincúlese a un grupo de nuevos padres o llámenos si se siente sola y quiere comunicarse con otros.
- Pida ayuda si alguien le pega, le hace daño y si usted o su bebé corren peligro en la casa.

ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA

ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA

- Prepárese para una emergencia/enfermedad.
 - Tenga un botiquín de primeros auxilios en su casa.
 - Aprenda reanimación cardiorpulmonar infantil.
 - Tenga una lista de números telefónicos de emergencia.
 - Aprenda a tomarle la temperatura a su bebé por el recto. Llámenos si es de 100.4 °F (38.0 °C) o más.
- Lávese las manos a menudo para ayudarle a su bebé a estar sano.

Alimentar a su bebé

- Alimente a su bebé sólo con leche materna o fórmula con hierro en los primeros 4 a 6 meses.
- Déle a su bebé palmaditas, mézalo, desvístalo o cámbiele el pañal para despertarlo para que coma.
- Aliméntelo cuando vea señas de que tiene hambre.
 - Se lleva la mano a la boca
 - Chupa, chasquea los labios, se pone inquieto
- Termine de darle de comer cuando vea señas de que está lleno.
 - Voltea la cara
 - Cierra la boca
 - Relaja los brazos y las manos
- Amamante al bebé o déle el biberón de 8 a 12 veces al día.
- Sáquele los gases durante las pausas naturales de las tomas.
- Unos 5 a 8 pañales mojados y 3 a 4 deposiciones al día indican que su bebé está comiendo bien.

RUTINA PARA ALIMENTAR AL BEBÉ

Si le da pecho

- Siga tomando sus vitaminas prenatales.
- Cuando la lactancia materna marche bien (usualmente entre las 4 y las 6 semanas), puede ofrecerle a su bebé un biberón o chupón.



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, Actualizado en 10/11. 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.



Consejos de Bright Futures para los padres Visita de 1 mes

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

Si le da leche de fórmula

- Siga siempre las medidas de precaución al preparar, calentar y almacenar la leche. Si necesita ayuda, avísenos.
- Déle a su bebé 2 onzas cada 2 a 3 horas. Si sigue con hambre, puede darle más.
- Cargue a su bebé para que puedan verse a los ojos.
- No recueste el biberón para que el bebé se lo tome solito.

Qué esperar en la visita de los 2 meses

Hablaremos de:

- Cuidarse a sí misma y a su familia
- Sueño del bebé y seguridad en la cuna
- Mantener su casa segura para el bebé
- Volver al trabajo o la escuela y buscar cuidado infantil
- Cómo alimentar a su bebé

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

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



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, Actualizado en 10/11. 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.