



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 2 a lo 5 días (primera semana)

Para poder brindarle a usted y a su bebé 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>Cómo se siente usted</b>	<input type="checkbox"/> Su salud <input type="checkbox"/> Sentirse triste <input type="checkbox"/> Estrés familiar <input type="checkbox"/> Recibir consejos no deseados <input type="checkbox"/> Iniciar una rutina diaria
<b>Acostumbrarse al bebé</b>	<input type="checkbox"/> Cómo le va con su bebé <input type="checkbox"/> Calmar a su bebé <input type="checkbox"/> Seguridad en la cuna <input type="checkbox"/> Dónde duerme su bebé <input type="checkbox"/> Cómo duerme su bebé <input type="checkbox"/> Poner al bebé boca arriba para dormir
<b>Alimentar al bebé</b>	<input type="checkbox"/> Ganancia de peso <input type="checkbox"/> Cómo muestra su bebé que tiene hambre/está lleno <input type="checkbox"/> Cuándo ha tomado lo suficiente <input type="checkbox"/> Ictericia (piel amarilla) <input type="checkbox"/> Sacarle los gases <input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> Alimentarlo con fórmula
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Asiento de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo <input type="checkbox"/> Temperatura del calentador de agua
<b>Cuidado del bebé</b>	<input type="checkbox"/> Cuándo llamar al doctor <input type="checkbox"/> Tomarle la temperatura al bebé <input type="checkbox"/> Cómo evitar enfermedades <input type="checkbox"/> Lavarse las manos <input type="checkbox"/> Situaciones de emergencia <input type="checkbox"/> Salir de la casa <input type="checkbox"/> Cuidado de la piel <input type="checkbox"/> Quemaduras del sol

## 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?  Sí    No    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:

- Come bien    Sigue su cara con la mirada  
 Voltea la cara y se calma al escuchar su voz    Puede succionar, tragar y respirar fácilmente



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

H  
O  
S  
P  
I  
T  
A  
L

<input type="checkbox"/> Term or _____ weeks	Blood type: Maternal _____
Birth weight _____	Infant _____ Direct Coombs _____
Discharge weight _____	Bilirubin screening <input type="checkbox"/> None
Newborn hearing screening	Transcutaneous bilirubin _____
<input type="checkbox"/> Done & NL _____	Serum bilirubin _____
_____	Hep B (maternal): <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Unk
_____	Hep B vaccine _____ / _____ / _____

Concerns and questions  None  Addressed (see other side)

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

Medication Record reviewed and updated

Child has special health care needs  Previsit Questionnaire reviewed

### Physical Examination

= NL  
Bright Futures Priority

- HEAD/FONTANELLE
- EYES (red reflex/strabismus/appears to see)
- HEART
  - FEMORAL PULSES
- ABDOMEN (umbilical cord, vessels)
- SKIN (rashes, jaundice)
- NEUROLOGIC (tone, symmetry, state regulation)
- MUSCULOSKELETAL (torticollis)
  - HIPS

**Additional Systems**

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

Abnormal findings and comments \_\_\_\_\_

### Social/Family History

See Initial History Questionnaire.

**Family situation**

Parent adjustment to new child \_\_\_\_\_

Maternal depression  Y  N \_\_\_\_\_

Reaction of siblings to new child \_\_\_\_\_

Work plans \_\_\_\_\_

Child care plans \_\_\_\_\_

### Assessment

Well child

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Review of Systems

See Initial History Questionnaire and Problem List.

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

<input type="checkbox"/> NEWBORN TRANSITION	<input type="checkbox"/> NUTRITIONAL ADEQUACY	<input type="checkbox"/> SAFETY
• Back to sleep	• Breastfeeding (vitamin D supplement)	• Car safety seat
• Daily routines	• Iron-fortified formula (if not breastfed)	• Smoke-free environment
• Calming techniques	• No solid foods	• No shaking
<input type="checkbox"/> NEWBORN CARE	• No honey	• Burns
• Emergency preparedness plan	<input type="checkbox"/> PARENTAL WELL-BEING	• Water heater
• Frequent hand washing	• Baby blues	• Smoke detectors
• Avoid direct sun exposure	• Accept help	• Crib safety
• Expect 6–8 wet diapers/day	• Sleep when baby sleeps	
	• Unwanted advice	

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

SOCIAL-EMOTIONAL  COMMUNICATIVE  PHYSICAL DEVELOPMENT

- Eats well
- Turns and calms to your voice
- Can suck, swallow, and breathe easily

COGNITIVE

- Follows your face

### 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	







# Consejos de Bright Futures para los padres Visita de 2 a 5 días (Primera semana)

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

BIENESTAR MATERNO

## Cómo se siente usted

- Pídanos ayuda si se siente triste, decaída o muy agobiada por muchos días seguidos.
- Procure dormir o descansar cuando su bebé duerma.
- Acepte la ayuda de familiares y amigos.
- Pida a sus otros hijos que le ayuden a cuidar al bebé con tareas sencillas y seguras.
- Dedique un tiempo a solas con cada niño.
- Mantenga las rutinas familiares.
- Si le dan consejos que no desea o que no le gustan, sonría, dé las gracias y cambie de tema.

NUTRICIÓN ADECUADA

## Alimentar a su bebé

- Alimente a su bebé sólo con leche materna o fórmula con hierro. No le dé agua en los primeros 6 meses.
- Aliméntelo cuando tenga hambre.
  - Se lleva la mano a la boca
  - Chupa o 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 las manos

## Si le da pecho

- Amamante a su bebé de 8 a 12 veces al día.
- Asegúrese de que moja de 6 a 8 pañales al día.
- Evite los alimentos a los que usted es alérgica.
- Espere hasta que su bebé tenga de 4 a 6 semanas para darle un chupón.
- Una especialista en lactancia materna puede darle información y apoyo sobre cómo colocar al bebé para que usted esté más cómoda.
- El programa WIC ofrece suministros a las madres que amamantan.

NUTRICIÓN ADECUADA

## Si le da leche de fórmula

- Ofrezcale a su bebé 2 onzas cada 2 a 3 horas, o más si sigue con hambre.
- Cargue a su bebé de tal modo que puedan verse a los ojos mientras lo alimenta.
- No recueste el biberón para que el bebé se lo tome solito.
- Déle un chupón cuando lo vaya a dormir.

## Cuidado del bebé

- Use un termómetro rectal, no un termómetro de oído.
- Tómele la temperatura rectal para ver si tiene fiebre: 100.4 °F/ 38.0 °C o más.
- En bebés de 3 meses de edad o menos, la fiebre es grave. Llámenos si su bebé tiene calentura de 100.4 °F/38.0 °C o más.
- Tome una clase de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar infantil.
- Tenga una lista de números telefónicos para emergencias.
- Pídale a todos que se laven las manos antes de tocar al bebé.
- Lávese las manos con frecuencia.
- Evite las multitudes.
- Mantenga a su bebé alejado del sol; póngale protector solar sólo si no hay sombra.
- Es usual que un bebé tenga erupciones entre las 4 y las 8 semanas de edad. Llámenos si esto le preocupa.

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

TRANSICIÓN DEL RECIÉN NACIDO

## Acostumbrarse a su bebé

- Consuele a su bebé.
  - Acarícielo la cabecita suavemente.
  - Mézalo.
- Inicie rutinas diarias para bañarlo, alimentarlo, dormirlo y jugar con él/ella.
- Ayúdelo a despertarse para que coma:
  - Déle palmaditas suaves
  - Cámbiele el pañal
  - Desvístalo

TRANSICIÓN DEL RECIÉN NACIDO

SEGURIDAD

- Ponga a su bebé a dormir boca arriba.
  - En una cuna, en su alcoba, pero no en su cama.
  - En una cuna que satisfice las normas actuales de seguridad, sin barreras laterales que puedan bajarse y barrotes distanciados a no más de 2<sup>3</sup>/<sub>8</sub> 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](http://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.

## Seguridad

- El asiento de seguridad para el auto debe estar en el asiento trasero y orientado hacia atrás en todos los vehículos.
- Su bebé nunca debe viajar en un asiento con bolsa de aire para el pasajero.
- Mantenga su auto y su casa libres de humo de cigarrillo.
- Proteja a su bebé del agua caliente y de bebidas calientes.
- No tome bebidas calientes mientras tiene a su bebé en brazos.
- Ajuste el calentador de agua a menos de 120 °F.
- Revise la temperatura del agua de la bañera con su muñeca.
- Use siempre el cinturón de seguridad y no maneje habiendo bebido.



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 2 a 5 días (Primera semana)

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

## Qué esperar en la visita de 1 mes

### Hablaremos de:

- Cualquier preocupación que tenga sobre su bebé
- Alimentar al bebé y verlo crecer
- Cómo le va al bebé con el resto de la familia
- Su salud y recuperación
- Sus planes para volver a la escuela o el trabajo
- Cuidados y protección del bebé
- Seguridad en la casa y el auto



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.