



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 9 meses

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.

Su bebé y la familia	<input type="checkbox"/> Reservar tiempo para usted <input type="checkbox"/> Reservar tiempo a solas con su pareja <input type="checkbox"/> Sentirse segura en casa <input type="checkbox"/> Ideas de su familia sobre cómo debería actuar su bebé <input type="checkbox"/> El comportamiento del bebé
Su bebé cambia y se desarrolla	<input type="checkbox"/> Cómo está aprendiendo su bebé <input type="checkbox"/> Juguetes y juegos que le ayudan a aprender <input type="checkbox"/> Rutina nocturna del bebé <input type="checkbox"/> Despertarse de noche <input type="checkbox"/> Llorar frente a personas desconocidas
Alimentar al bebé	<input type="checkbox"/> Dejar que el bebé se alimente por sí mismo <input type="checkbox"/> Incorporar sólidos y alimentos de la mesa familiar <input type="checkbox"/> El peso de su bebé <input type="checkbox"/> Aumentar la textura de los alimentos <input type="checkbox"/> Usar un vaso <input type="checkbox"/> Seguir dándole el pecho y leche de fórmula
Seguridad	<input type="checkbox"/> Mantener la casa segura con un bebé activo <input type="checkbox"/> Asientos de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Seguridad con las armas <input type="checkbox"/> Prevenir caídas, quemaduras y envenenamientos <input type="checkbox"/> Seguridad en el agua y en la bañera

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

Audición	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño oye?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño ve?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Parece como si los ojos del niño 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
	¿Ha tenido el niño alguna lesión en los ojos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Salud oral	¿Sufre usted o alguien en la familia de caries dentales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Acuesta a dormir al niño con un biberón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Le da el pecho a su niño continuamente a través de la noche?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
Plomo	¿Tiene el niño un hermano o compañero de juegos que ha sufrido de intoxicación con plomo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Vive su bebé o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1978 que está siendo o ha sido renovada o remodelada recientemente (en los últimos 6 meses)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
	¿Vive su bebé o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1950?	<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:

¿Ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

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

¿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:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Busca algo que se ha caído | <input type="checkbox"/> Empuja hacia abajo para | <input type="checkbox"/> Le asustan las personas desconocidas |
| <input type="checkbox"/> Se acerca a usted para jugar y para que lo consuele | <input type="checkbox"/> Señala cosas | <input type="checkbox"/> Se sienta bien |
| <input type="checkbox"/> Puede repetir sonidos | <input type="checkbox"/> Mira las ilustraciones de los libros | <input type="checkbox"/> Gatea |
| <input type="checkbox"/> Juega a taparse la cara y descubrirse | | |



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	Name					
DRUG ALLERGIES	CURRENT MEDICATIONS		ID NUMBER					
WEIGHT (%) <small>See growth chart.</small>	LENGTH (%)	WEIGHT FOR LENGTH (%)	HEAD CIRC (%)	TEMPERATURE	BIRTH DATE	AGE	M	F

History

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

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 milk Minutes per feeding _____
Hours between feeding _____ Feedings per 24 hours _____
 Formula Ounces per feeding _____
Source of water _____ Vitamins/Fluoride _____

Elimination: NL _____

Sleep: NL _____

Behavior: NL _____

Activity (playtime, no TV): NL _____

Development

Structured developmental screen NL Tool _____

Developmental Surveillance (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

<input type="checkbox"/> PHYSICAL DEVELOPMENT	<input type="checkbox"/> COGNITIVE	<input type="checkbox"/> SOCIAL-EMOTIONAL
• Sits well	• Peekaboo	• Stranger anxiety
• Crawls	• Object permanence	• Seeks parent for comfort
• Pulls to feet with support	• Looks at books	
	<input type="checkbox"/> COMMUNICATIVE	
	• Imitates sounds	
	• Points out objects	

Physical Examination

= NL

Bright Futures Priority

HEAD (positional skull deformities)

EYES (ocular mobility, eye alignment, red reflex)

HEART

FEMORAL PULSES

MUSCULOSKELETAL (torticollis)

HIPS

NEUROLOGIC (tone, strength, symmetry of movements, parachute reflex)

Additional Systems

<input type="checkbox"/> GENERAL APPEARANCE	<input type="checkbox"/> GENITALIA
<input type="checkbox"/> EARS/APPEARS TO HEAR	<input type="checkbox"/> Male/Testes down
<input type="checkbox"/> NOSE	<input type="checkbox"/> Female
<input type="checkbox"/> MOUTH AND THROAT	<input type="checkbox"/> BACK
<input type="checkbox"/> TEETH	<input type="checkbox"/> SKIN
<input type="checkbox"/> LUNGS	<input type="checkbox"/> EXTREMITIES
<input type="checkbox"/> ABDOMEN	

Abnormal findings and comments _____

Assessment

Well child

Anticipatory Guidance

Discussed and/or handout given

<input type="checkbox"/> FAMILY ADAPTATIONS	<input type="checkbox"/> FEEDING ROUTINE	<input type="checkbox"/> SAFETY
• Limit word "no"	• Self-feeding	• Car safety seat
• Age-appropriate discipline	• Solid foods	• Poisons
• Domestic violence	• Safe foods	• Water/Drowning
• Time for self/partner	• Using a cup	• Falls/Window guards
<input type="checkbox"/> INFANT INDEPENDENCE	• Breastfeeding (vitamin D, iron supplement)	• Burns
• Consistent routines	• Iron-fortified formula	• Guns
• Separation anxiety	• No bottle in bed	
• Learning and developing	• Brush teeth	
• No TV		

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 9 meses

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

Su bebé y la familia

- Sea amable al decirle al bebé qué hacer (“¡Hora de comer!”) en lugar de decirle qué no hacer.
- Sea consistente.
- A esta edad, es posible lograr que su bebé cambie lo que está haciendo al ofrecerle algo, como uno de sus juguetes favoritos.
- Haga las cosas del modo en que quiere que su bebé las haga. Usted es su modelo.
- Haga que su casa y su jardín sean lugares seguros para el bebé. Así no tendrá que decirle “¡no!” a cada rato.
- Use la palabra “¡No!” sólo cuando su bebé se vaya a lastimar o lastimar a otros.
- Reserve tiempo para usted y para estar con su pareja.
- Manténgase en contacto con amigos y familiares.
- Invite a sus amigos a casa o vincúlese a un grupo de padres.
- Si se siente solo(a), pregúntenos sobre recursos útiles.
- Contrate niñeras maduras y de confianza.
- Si siente que corre peligro en su casa o le han hecho daño, avisenos. Podemos ayudarle.

ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA

Alimentar a su bebé

- Sea paciente con su bebé conforme aprende a comer por su cuenta.
- Es normal que riegue la comida.
- Déle 3 comidas y 2 a 3 bocaditos al día.
- Varíe el grosor y la consistencia de la comida de su bebé.
- Comience a darle más alimentos de la mesa familiar.
- Déle sólo alimentos saludables.
- No le dé refrescos, té, café ni bebidas saborizadas.
- No lo obligue a comer.
- Un bebé puede negarse a comer un alimento 10 a 12 veces antes de probarlo.

RUTINA DE ALIMENTACION

- Ayude al bebé a usar un vasito.
- Siga dándole pecho o el biberón hasta que tenga 1 año de edad; no le dé leche de vaca.
- Evite darle alimentos que causan alergias: maní, nueces, soya, alimentos de trigo, leche de vaca, huevos, pescado y mariscos.

Su bebé cambia y se desarrolla

- Mantenga las rutinas diarias de su bebé.
- Trate que la hora de ir a la cama sea un momento cariñoso y relajado.
- Si su bebé se despierta de noche, vaya a verlo pero no lo cargue.
- Esté pendiente del bebé conforme explora dentro y fuera de la casa.
- Es normal que llore cuando usted salga; mantenga la calma.
- Déle pelotas, juguetes que rueden, bloques y recipientes para jugar.
- Evite el uso de la televisión, los videos y las computadoras.
- Muéstrelle y dígame con palabras sencillas qué quiere que haga.
- Evite asustarlo o gritarle.
- Ayúdelo cuando lo necesite.
- Háblele, cántele y léale a diario.

INDEPENDENCIA INFANTIL

Seguridad

- Use un asiento de seguridad orientado hacia atrás en todos los vehículos.
- Mantenga el asiento de seguridad para el auto orientado hacia atrás hasta que su bebé cumpla dos años de edad o hasta que alcance el máximo peso o estatura permitido por el fabricante del asiento.
- Nunca coloque a su bebé en el asiento delantero de un vehículo con bolsa de aire para el pasajero.
- Use siempre el cinturón de seguridad y no maneje habiendo consumidos alcohol o drogas.

SEGURIDAD

- Vacíe los cubos, piscinas y bañeras apenas los termine de usar.
- Instale rejas en las escaleras; no use un andador para bebé.
- No deje cosas pesadas o calientes encima de mantenles que su bebé pueda jalar.
- Coloque barreras alrededor de calentadores portátiles y mantenga los cables eléctricos fuera del alcance del bebé.
- Nunca deje solo a su bebé dentro o cerca del agua, aunque esté sentado en una silla o aro de tina. Permanezca a un brazo de distancia.
- Guarde los productos tóxicos, medicinas y detergentes bajo llave y fuera de la vista y el alcance de su bebé.
- Llame a Poison Help (1-800-222-1222) si cree que su bebé ha tragado algo nocivo.
- Instale seguros que funcionen en las ventanas del segundo piso hacia arriba y aleje los muebles de las ventanas.
- No tenga armas en su casa. Si debe tener un arma, guárdela bajo llave sin las municiones y guarde las municiones en otro lugar bajo llave.
- Coloque a su bebé en una silla para comer o en un corral cuando esté en la cocina.

SEGURIDAD

Qué esperar en la visita de los 12 meses

Hablaremos de:

- Establecer reglas y límites para su niño
- Crear una rutina relajada para ir a la cama
- Alimentar a su niño
- Supervisar a su niño
- Cuidar los dientes de su niño

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

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