



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 12 meses

Para poder brindarle a usted y 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.

Apoyo familiar

¿Necesita ayuda para enseñarle a su niño(a) un buen comportamiento?	No	Sí
¿Elogia al niño cuando se porta bien?	Sí	No
Cuando su niño se porta mal, ¿usa pausas obligadas cortas (de 1 a 2 minutos)?	Sí	No
¿Trata de distraer al niño cuando se está portando mal?	Sí	No
¿Explica sus ideas sobre la conducta y la disciplina del niño a las personas que lo cuidan?	Sí	No
¿Participa usted en actividades relacionadas con programas sociales, religiosos, recreativos o de voluntariado?	Sí	No
¿Habla con sus amigos sobre el tema de la crianza?	Sí	No
¿Asiste con su niño a grupos de juego?	Sí	No

Establecer rutinas

¿Juega con el niño y le lee todos los días?	Sí	No
¿Le ayuda a su niño a sentirse cómodo alrededor de nuevas personas?	Sí	No
¿Tiene su niño horarios regulares para comidas y meriendas?	Sí	No
¿Sigue una rutina fija para acostar al niño en la noche?	Sí	No
¿Juega activamente su niño por una hora o más al día?	Sí	No
¿Cuántas horas al día ve televisión su niño?	_____ horas	

Alimentar a su niño(a): Cambios en la alimentación y el apetito

¿Le da al niño alimentos pequeños y duros como maní o palomitas de maíz?	No	Sí
¿Le da al niño alimentos redondos como salchichas, zanahorias crudas o uvas?	No	Sí
¿Trata el niño de comer solito usando una cuchara o un tenedor?	Sí	No
¿Le permite al niño decidir qué y cuánto comer?	Sí	No



Buscar un dentista: Establecer hábitos de higiene dental

¿Ha llevado al niño al dentista?	Sí	No
¿Le lava los dientes al niño con agua 2 veces al día con un cepillo de cerdas suaves?	Sí	No
¿Usa el niño un biberón?	No	Sí

Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero de todos los vehículos?	Sí	No	
¿Está teniendo algún problema con el asiento de seguridad para el auto?	No	Sí	
¿Sabe en qué momento debe voltear el asiento de seguridad para el auto hacia delante?	Sí	No	
¿Mantiene los detergentes y las medicinas bajo llave?	Sí	No	
¿Ha instalado rejas en sus escaleras?	Sí	No	
¿Le es posible cerrar las ventanas de su casa con seguro?	Sí	No	
¿Puede el niño salirse de la cuna?	No	Sí	
¿Está colocada la cuna del niño en la posición más baja posible?	Sí	No	
¿Permanece a un brazo de distancia cuando su niño está en la bañera?	Sí	No	
¿Tiene una piscina en su casa o hay un lago o una laguna cerca de su casa?	No	Sí	
¿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?	N/A	Sí	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.