



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita del primer mes

Para poder brindarle a usted y a su bebé 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.

Cómo se siente usted: Bienestar materno

¿Sigue adolorida por el parto?	No	Sí
¿Se siente contenta de sus relaciones con su pareja, su familia y sus amigos?	Sí	No

El bebé y su familia: Adaptación de la familia

¿Se siente feliz con su bebé?	Sí	No	
¿Se siente cómoda cuidando del bebé?	Sí	No	
¿Tiene suficiente dinero para comida, ropa, pañales y cuidado infantil?	Sí	No	
¿Está en capacidad de pagar por su vivienda?	Sí	No	
¿Le ayuda su pareja a cuidar al bebé y en los oficios de la casa?	Sí	No	
¿Siente miedo de su pareja en algún momento?	No	Sí	
¿Tiene a quién llamar si se siente frustrada?	No	Sí	
Si tiene niños mayores, ¿se llevan bien con el bebé?	N/A	Sí	No
¿Le es posible pasar tiempo a solas con cada uno de sus hijos mayores?	N/A	Sí	No
¿Cuántas horas al día ve televisión el bebé?	_____ horas		

Conocer a su bebé: Adaptarse al pequeño

¿Duerme su bebé boca arriba?	Sí	No
¿Duerme su bebé en una cuna en la alcoba de usted?	Sí	No
¿Reconoce usted lo que su bebé quiere por la forma en que llora?	Sí	No
¿Le es posible calmar a su bebé?	Sí	No
¿Pasa tiempo su bebé boca abajo cuando está despierto y junto a usted?	Sí	No
¿Juega con el bebé y le habla cuando está despierto?	Sí	No
¿Tienen usted y su bebé un horario fijo para dormir y estar despiertos?	Sí	No
¿Usa su bebé un chupón?	Sí	No



Alimentar a su bebé: Rutinas de alimentación

¿Le duelen los pechos o siente cualquier otro dolor al amamantar?	No	Sí
¿Nota cuando su bebé tiene hambre?	Sí	No
¿Nota cuando su bebé está lleno?	Sí	No
¿Alguna vez le recuesta el biberón al bebé para que se lo tome solito?	No	Sí
¿Moja su bebé por lo menos de 6 a 8 pañales al día?	Sí	No
¿Le es posible sacarle los gases al bebé?	Sí	No

Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad para el auto?	Sí	No
¿Coloca siempre el asiento de seguridad del bebé orientado hacia atrás en el asiento trasero del auto?	Sí	No
¿Está teniendo algún problema con el asiento de seguridad para el auto?	No	Sí
¿Están su casa y su auto libres de humo de cigarrillo?	Sí	No
¿Fuma alguien alrededor de su bebé?	No	Sí
Si usted fuma, ¿le gustaría recibir información sobre cómo dejar el hábito?	Sí	No
¿Siente que usted y su bebé siempre están seguros en su casa?	Sí	No
¿Sostiene al bebé con una mano cuando lo cambia en el cambiador o el sofá?	Sí	No
¿Tiene una lista de números telefónicos de emergencia?	Sí	No
¿Sabe cómo tomarle la temperatura a su bebé por el recto?	Sí	No
¿Sabe cuándo debe llamar al médico de su bebé?	Sí	No
¿Le pone al bebé un chupón, una cadena o un collar alrededor del cuello?	No	Sí



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.