



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 2 meses

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

¿Está usted descansando lo suficiente?		Sí	No
¿Ha salido de su casa sin su bebé?		Sí	No
¿Tiene alguien en quién confiar que pueda cuidar a su bebé?		Sí	No
¿Le ayudan otros familiares y amigos a cuidar del bebé?		Sí	No
¿Pasan usted y su pareja tiempo juntos?		Sí	No
¿Le es posible pasar tiempo a solas con cada uno de sus hijos mayores?	N/A	Sí	No
¿Ha tenido un chequeo post-parto?		Sí	No

Su bebé en crecimiento: Conducta infantil

¿Le gusta cuidar a su bebé?		Sí	No
¿Juega con su bebé, le habla y lo arrulla?		Sí	No
¿Tiene su bebé un horario regular de siestas y para dormir en la noche?		Sí	No
¿Puede su bebé dormir de 4 a 5 horas seguidas en la noche?		Sí	No
¿Duerme su bebé boca arriba?		Sí	No
¿Duerme su bebé en una cuna?		Sí	No
¿Pasa tiempo su bebé boca abajo cuando está despierto y junto a usted?		Sí	No
¿Le es posible calmar a su bebé?		Sí	No
¿Reconoce usted lo que su bebé quiere por la forma en que llora?		Sí	No
¿Cuántas horas al día ve televisión el bebé?			_____ horas

Su bebé y la familia: Sincronía bebé-familia

¿Se siente tranquila al dejar a su bebé con alguien más?		Sí	No
Si planea regresar a la escuela o el trabajo, ¿ha encontrado una niñera o guardería?		Sí	No



Alimentar a su bebé: Nutrición adecuada

¿Nota cuando su bebé tiene hambre?		Sí	No
¿Nota cuando su bebé está lleno?		Sí	No
¿Con qué está alimentando a su bebé?	Leche materna	Fórmula	Ambos
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo extraerse y almacenar su leche materna?		No	Sí
¿Sigue una rutina al alimentar a su 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
¿Sostiene siempre al bebé con una mano cuando le cambia el pañal?		Sí	No
¿Es la temperatura del agua caliente que sale por el grifo de su casa de 120 °F o menos?		Sí	No
¿Mantiene las bolsas plásticas y los globos de látex fuera del alcance del bebé para prevenir que se asfixie?		Sí	No
¿Toma o lleva líquidos calientes mientras tiene en brazos a su bebé?		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.