



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 3 años

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			
¿Se expresan cariño entre sí los miembros de su familia?		Sí	No
Si su niño muerde o golpea a otros, ¿lo detiene de inmediato?		Sí	No
¿Le ponen los mismos límites al niño usted y las demás personas que lo cuidan?		Sí	No
¿Le permite al niño elegir algunas cosas como qué ropa ponerse o qué libro leer?		Sí	No
¿Pasa tiempo a solas con cada uno de sus hijos?	N/A	Sí	No
¿Trata de conciliar las peleas entre sus hijos sin ponerse de un solo bando?	N/A	Sí	No
¿Reserva tiempo para usted?		Sí	No
¿Siente que puede mantener un equilibrio entre la familia y el trabajo?		Sí	No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?		Sí	No
Leer y hablar con su niño(a): Fomentar las actividades de lecto-escritura			
¿Lee, entona canciones o hace juegos de palabras con su niño todos los días?		Sí	No
Cuando están leyendo juntos, ¿le hace preguntas al niño sobre las ilustraciones o el cuento?		Sí	No
¿Le pide al niño que le cuente cómo le fue durante el día?		Sí	No
Jugar con otros: Jugar con sus compañeros			
¿Tiene su niño la oportunidad de jugar con otros niños, como en grupos de juego o el preescolar?		Sí	No
Cuando su niño juega con otros niños, ¿le ayuda usted a aprender a turnarse?		Sí	No
¿Asiste su niño a un preescolar o a una guardería?		Sí	No
¿Tiene planes de inscribir al niño en una guardería o preescolar en el próximo año?		Sí	No
Su niño(a) en movimiento: Fomentar la actividad física			
¿Ve televisión su niño por más de dos horas al día?		No	Sí
¿Realizan actividades físicas en familia como salir a caminar o jugar en el parque?		Sí	No
¿Juega activamente su niño por una hora o más al día?		Sí	No



Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad en el asiento trasero del auto?		Sí	No
¿Deja a veces a su niño solo en el auto, la casa o el jardín?		No	Sí
¿Supervisa al niño de cerca cuando juega cerca de calles y entradas de garajes?		Sí	No
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa seguros en todas las ventanas del segundo piso en adelante?		Sí	No
Cuando el niño juega afuera, ¿se asegura que de que no se salga de las cercas y portones?		Sí	No
¿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 y las municiones en otro lugar 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.