



Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visitas de los 7 a los 8 años

Para poder brindarle a su hijo(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.

La escuela		
¿Le gusta a su hijo(a) la escuela?	Sí	No
¿Participa su hijo en actividades escolares?	Sí	No
¿Se pelea su hijo con otros niños en el patio de recreo o en algún otro lugar?	No	Sí
Su hijo(a) en crecimiento: Desarrollo y salud mental		
¿Le dice a su hijo que ha hecho un buen trabajo?	Sí	No
¿Le muestra afecto a su hijo y lo elogia?	Sí	No
¿Habla con su hijo sobre las consecuencias de no cumplir con las reglas?	Sí	No
¿Se siente cómodo(a) de contestar sencilla y honestamente las preguntas de su hijo acerca de los cambios que está teniendo su cuerpo?	Sí	No
Mantenerse saludable: Nutrición y actividad física		
¿Come su hijo por lo menos 5 porciones de frutas y vegetales al día?	Sí	No
¿Toma su hijo por lo menos 3 porciones de leche baja en grasa al día o come yogurt o queso?	Sí	No
¿Limita las comidas grasosas, los dulces, los refrescos, los bocaditos salados y la comida chatarra?	Sí	No
¿Se sientan a comer en familia por lo menos una vez a la semana?	Sí	No
¿Se mantiene activo su hijo por 60 minutos al día como mínimo?	Sí	No
¿Ve su hijo televisión, juega videojuegos o usa la computadora (sin incluir tareas) por más de 2 horas al día?	No	Sí
¿Se desayuna su hijo regularmente?	Sí	No
Dientes sanos: Salud oral		
¿Se lava su hijo los dientes dos veces al día?	Sí	No
¿Usa su hijo hilo dental una vez al día?	Sí	No
¿Va su hijo al dentista dos veces al año?	Sí	No



Seguridad

¿Tiene su hijo un sitio confiable donde lo cuidan al salir de la escuela?	Sí	No
¿Sabe su hijo cómo obtener ayuda en una emergencia si usted no está a su lado?	Sí	No
¿Sabe su hijo cómo marcar el 911 en caso de emergencia?	Sí	No
¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus respectivas familias?	Sí	No
¿Le ha enseñado al niño que nunca está bien que un adulto le pida que le oculte algo a sus padres?	Sí	No
¿Sabe su hijo que nunca es correcto que un niño mayor o un adulto le pida ver sus partes privadas?	Sí	No
Al viajar en auto, ¿se sienta su hijo en una silla elevadora en el asiento trasero?	Sí	No
¿Usa su hijo un casco y otro equipo de protección siempre que monta en bicicleta, patina o esquí?	Sí	No
¿Le pone protector solar al niño cada vez que va a salir a jugar o a nadar?	Sí	No
¿Sabe su hijo nadar y nada sólo cuando un adulto está observándolo?	Sí	No
¿Ha instalado filtros de seguridad en su computadora?	Sí	No
¿Revisa regularmente el historial del uso del Internet por parte de su hijo?	Sí	No
¿Está la computadora de la familia en un lugar visible?	N/A	Sí No
¿Fuma alguien alrededor de su hijo?	No	Sí
¿Están sus autos y su casa libres de humo de cigarrillo?	Sí	No
Si usted fuma, ¿le gustaría recibir información sobre cómo dejar el hábito?	Sí	No
¿Tiene un arma de fuego alguien en su casa o en las casas donde su hijo 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



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.