



# Cuestionario suplementario de Bright Futures para padres Visita de los 9 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.

## Su bebé y la familia: Adaptación de la familia

¿Están de acuerdo usted y su pareja en el modo de criar a su bebé?		Sí	No
¿Limita las veces que le dice "No" a su bebé a los asuntos más importantes?		Sí	No
¿Tienen usted y otras personas que cuidan al niño las mismas ideas sobre qué conductas pueden permitirle?		Sí	No
Si tiene niños mayores, ¿le ayudan en lo posible con su bebé?	N/A	Sí	No
¿Tiene alguien en quien confíe que le pueda cuidar a su bebé?		Sí	No
¿Reserva tiempo para usted?		Sí	No
¿Se siente siempre segura en su casa?		Sí	No
¿Alguna vez usted o su bebé han sido lastimados por su pareja?		No	Sí
¿Le asusta que otras personas puedan lastimar a su bebé?		No	Sí

## Su bebé cambia y se desarrolla: Independencia infantil

¿Sigue una rutina fija para acostar a su bebé en la noche?		Sí	No
¿Permite que su bebé trate de dormirse por su cuenta?		Sí	No
¿Supervisa a su bebé mientras juega?		Sí	No
¿Trata el bebé de imitar lo que usted hace?		Sí	No
Después de que su bebé ve que usted esconde un juguete, ¿trata de encontrarlo?		Sí	No
¿Juega activamente su bebé por una hora o más al día?		Sí	No
¿Cuántas horas al día ve televisión su bebé?	_____		horas

## Alimentar a su bebé: Nutrición y alimentación

¿Le da a su bebé varios tipos de vegetales?		Sí	No
¿Le permite a su bebé decidir qué y cuánto comer?		Sí	No
¿Le da a su bebé alimentos con distintas texturas (compotas, licuados, puré, alimentos picados, en grumos)?		Sí	No
¿Puede su bebé tomar de un vaso?		Sí	No
¿Puede su bebé comer solito?		Sí	No



## Seguridad

¿Usa siempre un asiento de seguridad para el auto?		<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Coloca siempre el asiento de seguridad del bebé orientado hacia atrás en el asiento trasero del auto?		<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Está teniendo algún problema con el asiento de seguridad para el auto?		<b>No</b>	<b>Sí</b>
¿Mantiene a su bebé alejado de calentadores y del fuego?		<b>Sí</b>	<b>No</b>
Cuando el bebé está en la bañera, ¿permanece usted tan cerca que puede tocarlo?		<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y tiene seguros en las ventanas del segundo piso en adelante?		<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Mantiene los detergentes y las medicinas bajo llave?		<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Tiene un arma de fuego alguien en su casa o en las casas donde su bebé pasa tiempo?		<b>No</b>	<b>Sí</b>
Si tiene armas, ¿las guarda sin municiones y bajo llave?	<b>N/A</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Fuma alguien alrededor de su bebé?		<b>No</b>	<b>Sí</b>
Si usted fuma, ¿le gustaría recibir información sobre cómo dejar el hábito?		<b>Sí</b>	<b>No</b>



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.