



# Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica Visita de los 2 a lo 5 días (primera semana)

Para poder brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.  
Por favor conteste todas las preguntas. ¡Muchas gracias!

## ¿De qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene alguna preocupación, pregunta o problema que le gustaría tratar hoy?

Nos interesa contestar sus preguntas. Por favor marque las cajitas correspondientes a los temas que quisiera tratar hoy.

<b>Cómo se siente usted</b>	<input type="checkbox"/> Su salud <input type="checkbox"/> Sentirse triste <input type="checkbox"/> Estrés familiar <input type="checkbox"/> Recibir consejos no deseados <input type="checkbox"/> Iniciar una rutina diaria
<b>Acostumbrarse al bebé</b>	<input type="checkbox"/> Cómo le va con su bebé <input type="checkbox"/> Calmar a su bebé <input type="checkbox"/> Seguridad en la cuna <input type="checkbox"/> Dónde duerme su bebé <input type="checkbox"/> Cómo duerme su bebé <input type="checkbox"/> Poner al bebé boca arriba para dormir
<b>Alimentar al bebé</b>	<input type="checkbox"/> Ganancia de peso <input type="checkbox"/> Cómo muestra su bebé que tiene hambre/está lleno <input type="checkbox"/> Cuándo ha tomado lo suficiente <input type="checkbox"/> Ictericia (piel amarilla) <input type="checkbox"/> Sacarle los gases <input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> Alimentarlo con fórmula
<b>Seguridad</b>	<input type="checkbox"/> Asiento de seguridad para el auto <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo <input type="checkbox"/> Temperatura del calentador de agua
<b>Cuidado del bebé</b>	<input type="checkbox"/> Cuándo llamar al doctor <input type="checkbox"/> Tomarle la temperatura al bebé <input type="checkbox"/> Cómo evitar enfermedades <input type="checkbox"/> Lavarse las manos <input type="checkbox"/> Situaciones de emergencia <input type="checkbox"/> Salir de la casa <input type="checkbox"/> Cuidado de la piel <input type="checkbox"/> Quemaduras del sol

## Preguntas acerca de su bebé

¿Algún pariente del bebé ha desarrollado un problema médico nuevo desde su última visita? En caso de que sí, describir.     Sí     No     No sé

**Visión**    ¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su bebé ve?     Sí     No     No sé

¿Tiene su bebé alguna necesidad especial de cuidado de salud?     No     Sí, describir:

Aparte del nacimiento de su bebé, ¿ha tenido su familia algún cambio grande últimamente?

Mudanza     Cambio de empleo     Separación     Divorcio     Muerte en la familia     ¿Algún otro cambio? Describir:

Durante las pasadas 2 semanas, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido afectada por alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas     Nunca     Varios días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días

2. Se siente decaída, deprimida o desconsolada     Nunca     Varios días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días

Adaptado con permiso de "Identificación eficiente de adultos con depresión y demencia", 9/15/2004, American Family Physician Derechos Reservados © 2004 Academia Americana de Médicos de Familia. Todos los derechos reservados.

¿Vive su bebé con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume?     No     Sí

## Su bebé crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su bebé?     No     Sí, describir:

Marque cada una de las cosas que su bebé es capaz de hacer:

- |                                                                       |                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Come bien                                    | <input type="checkbox"/> Sigue su cara con la mirada                   |
| <input type="checkbox"/> Voltea la cara y se calma al escuchar su voz | <input type="checkbox"/> Puede succionar, tragar y respirar fácilmente |



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. Este 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.