NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 12 MES

Bright Futures™

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. Muchas gracias.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? ○ **No** ○ **Sí,** describa:

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la entusiasma o encanta de su hijo?

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? ○ **No** ○ **Sí,** describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su hijo o en la de su familia? ○ **No** ○ **Sí,** describa:

¿Algún familiar de su hijo tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? ○ **No** ○ **Sí** ○ **No estoy seguro/a** Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿Su hijo vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? ○ **No** ○ **Sí** ○ **No estoy seguro/a**

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SU HIJO

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo? ○ **No** ○ **Sí,** describa:

Marque cada una de las tareas que puede hacer su hijo.

- ☐ Buscar objetos ocultos.
- ☐ Imitar nuevos gestos.
- ☐ Decir "Papá" o "Mamá" con significado.
- ☐ Usar una palabra que no sea *mamá*, *papá* o nombres personales.
- ☐ Seguir una orden verbal que incluya un gesto.
- ☐ Dar los primeros pasos independientes.
- ☐ Pararse sin ayuda.
- ☐ Tirar objetos en una taza.
- ☐ Levantar objetos pequeños con dos dedos a modo de pinza.
- ☐ Recoger la comida y comerla.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Plomo	¿Su hijo vive o visita una casa o instalación de cuidado infantil con un peligro identificado de plomo o una casa construida antes de 1960 que está en malas condiciones o que fue renovada en los últimos 6 meses?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento en su hogar?	○ Sí	○ No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, pintura o yeso que se descascara, moho o humedad?	○ No	○ Sí
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	○ No	○ Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	○ No	○ Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	○ No	○ Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	○ No	○ Sí
Conexiones sociales con familiares, amigos, cuidado infantil, personal del programa de visitas a domicilio y otros		
¿Tiene usted un cuidado infantil o un adulto en quien confíe para que cuide a su hijo?	○ Sí	○ No
¿Ha hablado con su cuidador acerca de sus pensamientos sobre la alimentación, el sueño, la disciplina y el uso de los medios de comunicación?	○ Sí	○ No
¿Participa en actividades fuera de su casa? Estas pueden ser programas sociales, religiosos, voluntarios o recreativos.	○ Sí	○ No

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

CUIDADOS DE SU HIJO

Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?	O Sí	O No
¿Utiliza los tiempos muertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?	O Sí	O No
¿Tiene alguna pregunta sobre qué hacer cuando se enoja o se frustra con su hijo?	O No	O Sí
¿Su familia dedica regularmente tiempo para leer, jugar y hablar juntos?	O Sí	O No
¿Comen juntos en familia?	O Sí	O No
¿Tiene horarios regulares de comidas y bocadillos?	O Sí	O No
¿Ayuda a su hijo a sentirse cómodo con gente nueva y situaciones nuevas?	O Sí	O No
¿Tiene usted rutinas regulares para la hora de la siesta y la hora de acostarse para su hijo, como leer libros y cepillarse los dientes?	O Sí	O No
¿Su hijo ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	O No	O Sí
¿Ha hecho un plan de uso de los medios familiares para ayudarlo a equilibrar el uso de los medios con otras actividades familiares?	O Sí	O No

ALIMENTAR AL NIÑO

¿Intenta su hijo alimentarse solo con una cuchara?	O Sí	O No
¿Bebe su hijo de una taza?	O Sí	O No
¿Le da a su hijo alimentos pequeños y duros como maní y palomitas de maíz?	O No	O Sí
¿Le da a su hijo alimentos redondos como perros calientes, zanahorias crudas, uvas y tomates uva?	O No	O Sí
¿Incluye a su hijo en las comidas familiares?	O Sí	O No
¿Ha comenzado a darle la leche de vaca a su hijo?	O Sí	O No
¿Su hijo come verduras y frutas?	O Sí	O No
¿Consume su hijo alimentos ricos en proteínas, como huevos, carne magra, pollo o pescado?	O Sí	O No
¿Deja que su hijo decida qué y cuánto comer?	O Sí	O No

DIENTES SALUDABLES

¿Cepilla los dientes de su hijo con un poco de pasta dental con flúor 2 veces al día usando un cepillo de dientes suave?	O Sí	O No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra su hijo sujetado de manera segura en un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	O Sí	O No
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	O No	O Sí
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	O Sí	O No
¿Está el colchón de la cuna de su hijo colocado en la posición más baja para evitar caídas?	O Sí	O No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su hijo?	O Sí	O No
¿Todos sus enchufes eléctricos tienen cubiertas?	O Sí	O No
¿Mantiene los objetos afilados, las bolsas de plástico y los cables eléctricos o cuerdas de cortinas fuera del alcance de su hijo?	O Sí	O No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las chimeneas y los calentadores?	O Sí	O No
¿Están sus televisores, librerías y aparadores asegurados a la pared para que no se caigan y lastimen a su hijo?	O Sí	O No
Seguridad en el agua y el sol		
¿Siempre está al alcance de la mano de su hijo cuando está en la bañera?	O Sí	O No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en su casa o cerca de ella?	O No	O Sí
¿Le pone un sombrero a su hijo y le pone protector solar cuando sale a la calle?	O Sí	O No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

SEGURIDAD *(CONTINUACIÓN)*

Mascotas			
¿Tiene una mascota?		○ No	○ Sí
Si es así, ¿interactúa su hijo con la mascota?	○ N/C	○ No	○ Sí

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,* 4th Edition

Para obtener más información, diríjase a https://brightfutures.aap.org.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

La información incluida en este cuestionario no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Previsit Questionnaire: 12 Month Visit*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

Well Child | 12 Month Visit

Accompanied By:	Preferred Language:	Date/Time:	**Name:**

Weight (%):	Length (%):	Weight-for-length (%):	HC (%):	ID Number:

Vitals (*if indicated*): Temp:	HR:	Resp Rate:	SpO_2:	Birth Date:	Age:	Sex: M F

HISTORY

Concerns and Questions: ☐ None

Interval History: ☐ None

Medical History: ☐ Child has special health care needs.

Areas reviewed and updated as needed

☐ Past Medical History (See Initial History Questionnaire.)

☐ Surgical History (See Initial History Questionnaire.)

☐ Problem List (See Problem List.)

Medications: ☐ None

☐ Reviewed and updated (See Medication Record.)

Allergies: ☐ No known drug allergies

Nutrition: ☐ Good appetite ☐ Good variety

Solids:

Nutrition (*continued*):

☐ Breastfeeding: _____ ☐ Formula: Ounces per 24 hours: _____

☐ Milk: Source: _____ Ounces per 24 hours: _____

Drinks from: ☐ Cup ☐ Bottle ☐ Both

Dental Home: ☐ No ☐ Yes: _____

Brushing twice daily: ☐ Yes ☐ No: _____

Fluoride: ☐ In water source ☐ Oral supplement ☐ Other:

_____

Elimination: ☐ Regular soft stools

_____

Sleep: ☐ No concerns

Behavior: ☐ No concerns

Physical Activity:

Playtime (60 min/d): ☐ Yes ☐ No: _____

Screen time: ☐ None h/d: _____

Source: _____

SAMPLE
For Review and Reference Only

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

Caregiver concerns about development: ☐ None ☐ Yes: _____

☐ SOCIAL LANGUAGE AND SELF-HELP
- Looks for hidden objects
- Imitates new gestures

☐ VERBAL LANGUAGE
- Says, "Dad" or "Mom" with meaning
- Uses one word other than *Mom* or *Dad*, or personal names
- Follows a verbal command that includes a gesture

☐ GROSS MOTOR
- Takes first independent steps
- Stands without support

☐ FINE MOTOR
- Drops object in a cup
- Picks up small object with 2-finger pincer grasp
- Picks up food and eats it

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

The recommendations in this form do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Original form included as part of the *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition. The American Academy of Pediatrics (AAP) does not review or endorse any modifications made to this form and in no event shall the AAP be liable for any such changes.

© 2019 American Academy of Pediatrics. All rights reserved.

Name: _____

SOCIAL AND FAMILY HISTORY

Areas reviewed and updated as needed (See Initial History Questionnaire.): ☐ Social History ☐ Family History

Changes since last visit: _____ ☐ No interval change

Smoking household: ☐ No ☐ Yes: _____

Firearms in home: ☐ No ☐ Yes: _____

Observation of parent-child interaction: _____

Parents working outside home: ☐ One parent ☐ Both parents Child care: ☐ No ☐ Yes Type: _____

REVIEW OF SYSTEMS

☐ A 10-point review of systems was performed and results were negative except for any positive results listed below.
Bold = Focus area for this Bright Futures Visit

Constitutional: _____ **Respiratory:** _____ **Skin:** _____

Eyes: _____ **Gastrointestinal:** _____ Neurological: _____

Head, Ears, Nose, and Throat: _____ **Genitourinary:** _____ Other: _____

Cardiovascular: _____ Musculoskeletal: _____ Other: _____

PHYSICAL EXAMINATION

☑ = System examined **Bold** = Focus area for this Bright Futures Visit
Normal examination findings in text. Cross out abnormalities. Describe other findings in the area provided.

☐ **General:** Alert, active child. **Normal interval growth in height, weight, and head circumference. Normal weight-for-length for age.**

_____

☐ **Head:** Normocephalic and atraumatic. Normal sutures. Anterior fontanelle open and flat. _____

☐ **Eyes: Fixes and follows. Extraocular eye movements intact. No strabismus. Red reflex present bilaterally. No opacification.**
Normal funduscopic examination findings. _____

☐ Ears, nose, **mouth,** and throat: Tympanic membranes with visible light reflex bilaterally. Healthy-appearing teeth **without caries, plaque, or discoloration.**

☐ Neck: Supple, with full range of motion and no significant adenopathy. _____

☐ Heart: Regular rate and rhythm. No murmur. _____

☐ Respiratory: Breath sounds clear bilaterally. Comfortable work of breathing. _____

☐ **Abdomen:** Soft, with **no palpable masses.** _____

☐ **Genitourinary:**

- ☐ Normal female external genitalia. **Labia open.** _____
- ☐ Normal male external genitalia, with **testes descended bilaterally.** _____

☐ Musculoskeletal: Spine straight. Normal hip abduction. _____

☐ **Neurological: Moves all extremities equally. Normal hand grasp and strength. Age-appropriate gait** (If walking).

_____

☐ **Skin:** Warm and well perfused. **No lesions (atypical nevi, café-au-lait spots, or birthmarks) or bruising.** _____

Other comments: _____

ASSESSMENT

☐ Well child ☐ Normal interval growth (See growth chart.) ☐ Normal weight-for-length percentile for age ☐ Age-appropriate development

SAMPLE
For Review and Reference Only

Name: _____

ANTICIPATORY GUIDANCE

☑ Discussed and/or handout given

☐ **SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**
- Living situation and food security
- Tobacco, alcohol, and drug use
- Social connections with family and others

☐ **ESTABLISHING A DENTAL HOME**
- First dental checkup and dental hygiene

☐ **ESTABLISHING ROUTINES**
- Adjustment to development changes and behavior
- Family time
- Bedtime, nap time, and teeth brushing
- Media

☐ **FEEDING AND APPETITE CHANGES**
- Self-feeding
- Continued breastfeeding; transition to family meals
- Nutritious foods

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Falls
- Drowning prevention and water safety
- Sun protection
- Pets
- Poisoning

PLAN

Immunizations: ☐ Vaccine Administration Record reviewed Administered today: _____ ☐ Up-to-date for age

Universal Screening:

☐ Anemia: Result: ☐ Within reference range: _____ ☐ Low: _____ Follow-up: _____

☐ Lead (Medicaid or high prevalence area): ☐ Pending/sent to lab Result: ☐ Within reference range: _____ ☐ Elevated: _____

Follow-up: _____

☐ Oral health: Fluoride varnish applied: ☐ Yes ☐ No: _____ Oral fluoride supplementation: ☐ Yes ☐ No: _____ ☐ NA

Selective Screening (based on risk assessment) (See Previsit Questionnaire.):

☐ BP ☐ Hearing ☐ Oral health ☐ Lead (non-Medicaid or low prevalence area) ☐ Tuberculosis ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 15 months ☐ Next visit: _____ ☐ Referral to: _____

PRINT NAME.	SIGNATURE
Provider 1	
Provider 2	

Consistent with *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,* 4th Edition

SAMPLE
For Review and Reference Only

HOJAS INFORMATIVAS DE BRIGHT FUTURES ▶**PADRES**

VISITA MÉDICA DEL 12 MES

Aquí encontrará algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser valiosas para su familia.

CÓMO ESTÁ SU FAMILIA

- Si le preocupan sus condiciones de vida o alimenticias, busque ayuda. Las agencias y programas comunitarios como WIC y SNAP pueden brindar información y asistencia.
- No fume ni utilice cigarrillos electrónicos. No fume en su hogar ni en el automóvil. Los espacios libres de tabaco mantienen saludables a los niños.
- No consuma alcohol ni drogas.
- Asegúrese de que todas las personas que se preocupan por su hijo ofrezcan alimentos saludables, eviten los dulces, le brinden tiempo para jugar de manera activa y utilicen las mismas reglas de disciplina que usted.
- Asegúrese de que os lugares en los que está su hijo son seguros.
- Piense en unirse a un grupo de juego de niños o tomar una clase de paternidad.
- Tómese un tiempo para usted y su pareja.
- Manténgase en contacto con su familia y amigos.

ESTABLECER RUTINAS

- Hágale un cumplido a su hijo cuando haga lo que usted le pidió.
- Utilice reglas cortas y simples con su hijo.
- Intente no pegarle, golpearlo, ni gritarle a su hijo.
- Utilice penitencias cortas cuando su hijo no siga sus instrucciones.
- Distraiga a su hijo con algo que le gusta cuando comience a molestarse.
- Juegue y léale a su hijo a menudo.
- Su hijo debería dormir al menos una siesta por día.
- Intente que la hora anterior a la hora de dormir sea afectuosa y calma, con lecturas, canciones y su juguete favorito.
- Evite dejar que su hijo mire la televisión o juegue con una tableta o smartphone.
- Considere hacer un plan para el consumo mediático de su familia. Le ayuda a establecer reglas para el consumo mediático y equilibrar el tiempo que pasa al frente de una pantalla con otras actividades, como el ejercicio.

ALIMENTAR AL NIÑO

- Ofrézcale alimentos y bocadillos saludables. Ofrézcale 3 comidas y 2 o 3 bocadillos separados de manera uniforme a lo largo del día.
- Evite comidas pequeñas y duras que puedan producir un ahogamiento; palomitas, hot dogs, uvas, nueces, y vegetales duros y crudos.
- Haga que su hija coma con el resto de la familia durante la hora de la comida.
- Incentive a su hija a alimentarse sola.
- Utilice un plato y una taza pequeña para comer y beber.
- Sea paciente con su hija mientras aprende a comer sin ayuda.
- Deje que su hija decida qué y cuánto comer. Finalice su comida cuando ella deje de comer.
- Asegúrese de que las personas que la cuidan sigan las mismas ideas y rutinas para las comidas que usted.

ENCONTRAR UN DENTISTA

- Lleve a su hija a su primera visita al dentista tan pronto aparezca su primer diente o a los 12 meses de edad.
- Cepille los dientes de su hija al menos dos veces al día con un cepillo de dientes suave. Utilice un poco de pasta dental con fluoruro (no más que un grano de arroz).
- Si todavía usa biberón, ofrézcale solamente agua.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles

Línea de Ayuda para Dejar de Fumar: 800-784-8669 | Plan para el consumo mediático de su familia: www.healthychildren.org/MediaUsePlan/es
Poison Help Line (Línea de Ayuda en Caso de Envenenamiento): 800-222-1222
Información sobre Asientos de Seguridad para Automóvil, en inglés: www.safercar.gov/parents | Línea Gratuita Directa sobre Seguridad Automotriz: 888-327-4236

VISITA MÉDICA DEL 12 MES: PADRES

SEGURIDAD

- Asegúrese de que el asiento de seguridad para autos esté orientado hacia atrás hasta que alcance el peso o la altura permitida por el fabricante de asientos de seguridad para autos. En la mayoría de los casos, esto sucederá luego de los dos años.
- Nunca coloque al niño en el asiento delantero de un vehículo que posea bolsa de aire para el pasajero. El asiento trasero es más seguro.
- Coloque rejas en la parte superior e inferior de las escaleras. Instale rejas operables en las ventanas del segundo piso y los pisos superiores. Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana.
- Mantenga los muebles lejos de las ventanas.
- Asegúrese de que los televisores, los muebles y otros artículos pesados estén seguros para que su hijo no pueda jalarlos.
- Tenga a su hijo al alcance de su mano cuando esté cerca o adentro del agua.
- Vacíe los baldes, piscinas, y tinas cuando termine de usarlos.
- Nunca deje a sus hermanitos o hermanitas a cargo de su hijo.
- Cuando salga, póngale un gorro a su hijo, póngale ropa que lo proteja del sol y aplique protector solar con FPS 15 o mayor en la piel expuesta. Limite el tiempo afuera del hogar cuando el sol esté muy fuerte (11:00 a. m.–3:00 p. m.).
- Aleje a su hijo de su mascota cuando ésta esté comiendo. Manténgase cerca cuando juegue con su mascota.
- Mantenga venenos, medicamentos, y productos de limpieza bajo llave y fuera de la vista y alcance de su bebé.
- Mantenga los cables globos de látex, bolsas de plástico y objetos pequeños, como canicas y baterías, lejos de su hijo. Cubra todas las tomas de corriente.
- Guarde el número de la Poison Help Line (Línea de Ayuda en Caso de Envenenamiento) en todos los teléfonos, incluso en los teléfonos celulares. Llame si le preocupa que su hijo haya tragado algo dañino. No haga que su hijo vomite.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 15 MES DEL NIÑO

Hablaremos sobre:

- Apoyar el habla y la independencia de su hijo y hacerse un tiempo para usted
- Desarrollar buenas rutinas para la hora de dormir
- Controlar los berrinches y la disciplina
- Cuidar los dientes del niño
- Mantener al niño seguro en la casa y en el auto

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,* 4th Edition

Para obtener más información, diríjase a https://brightfutures.aap.org.

La información incluida en estas hojas informativas no debería reemplazar la atención médica ni el consejo de su pediatra. Puede haber variaciones en el tratamiento recomendado por el pediatra de acuerdo con hechos o circunstancias particulares. Hojas informativas originales incluidas como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La inclusión en estas hojas informativas no implica el respaldo de la American Academy of Pediatrics (AAP). La AAP no es responsable del contenido de los recursos mencionados en estas hojas informativas. Las direcciones de los sitios web se encuentran lo más actualizadas posible, pero pueden cambiar con el tiempo.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en estas hojas informativas y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Handout: 12 Month Visit (Parent)*

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®