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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 15 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.

- ☐ Imitar los garabatos.
- ☐ Beber de la taza con poco derrame.
- ☐ Señalar para pedir algo o para obtener ayuda.
- ☐ Mirar a su alrededor cuando dice cosas como "¿Dónde está tu pelota?" y "¿Dónde está tu manta?".
- ☐ Usar 3 palabras que no sean nombres.
- ☐ Hablar con sonidos que parecen un lenguaje desconocido.
- ☐ Seguir las instrucciones que no incluyen un gesto.
- ☐ Agacharse para recoger objetos.
- ☐ Escalar algunos unos escalones.
- ☐ Correr.
- ☐ Hacer marcas con un lápiz de color.
- ☐ Dejar caer un objeto dentro y tomar el objeto de un contenedor.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 15 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
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
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

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

HABLAR Y SENTIR

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	○ Sí	○ No
¿Su hijo demuestra alguna preocupación o temor al conocer gente nueva?	○ No	○ Sí
¿Se toma tiempo para usted?	○ Sí	○ No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	○ Sí	○ No
¿Su hijo señala algo que quiere y luego mira para ver si usted ve lo que está haciendo?	○ Sí	○ No
¿Hace un gesto con la mano para decir "adiós"?	○ Sí	○ No
¿Habla, canta y mira libros con su hijo todos los días?	○ Sí	○ No

RUTINAS Y PROBLEMAS DE SUEÑO

¿Tiene su hijo una rutina regular para acostarse?	○ Sí	○ No
¿Su hijo duerme bien?	○ Sí	○ No
¿Cuántas horas duerme su hijo? Durante el día _____ Durante la noche _____		
¿Tiene su hijo una manta, un peluche o un juguete con el que le gusta dormir?	○ Sí	○ No
¿Tiene usted un televisor o un dispositivo conectado a Internet en la habitación de su hijo?	○ No	○ Sí

BERRINCHES Y DISCIPLINA

¿Tiene su hijo berrinches frecuentes?	○ No	○ Sí
Si su hija está molesta, ¿le ayuda a distraerla usando otra actividad, libro o juguete?	○ Sí	○ No
¿Pone usted límites a su hijo?	○ Sí	○ No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?	○ Sí	○ No
¿Usted felicita a su hijo cuando se comporta bien?	○ Sí	○ No
¿Tiene alguna pregunta sobre qué hacer cuando se enoja o se frustra con su hijo?	○ No	○ Sí

DIENTES SALUDABLES

¿Su hijo ha ido al dentista?	○ Sí	○ No
¿Cepilla los dientes de su hijo con un poco de pasta dental con flúor 2 veces al día usando un cepillo de dientes suave?	○ Sí	○ No
¿Su hijo usa un biberón?	○ No	○ Sí

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 15 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	○ Sí	○ No
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	○ Sí	○ No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su hijo?	○ Sí	○ No
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	○ Sí	○ No
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	○ Sí	○ No
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	○ Sí	○ No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y del alcance de su hijo?	○ Sí	○ No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa?	○ Sí	○ No
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento en todos los pisos de su casa?	○ Sí	○ No
¿Prueba las baterías una vez al mes?	○ Sí	○ No
¿Tiene un plan de escape de incendios?	○ Sí	○ No

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: 15 Month Visit*

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

Well Child | 15 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

☐ Daily fruits and vegetables: ☐ Iron source: _____

Comments:

Nutrition (*continued*):

☐ Milk: Source: _____ Drinks from: ☐ Breast ☐ Bottle ☐ Cup

Ounces per 24 hours: _____

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
- Imitates scribbling
- Drinks from cup with little spilling
- Points to ask for something or to get help

☐ VERBAL LANGUAGE
- Uses 3 words other than names
- Speaks in sounds that seem like an unknown language
- Follows directions that do not include a gesture
- Looks around when parent says, "Where is…?"

☐ GROSS MOTOR
- Squats to pick up objects
- Crawls up a few steps
- Begins to run

☐ FINE MOTOR
- Makes mark with crayon
- Drops object into and takes object out of container

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: _____

Eyes: _____

Head, Ears, Nose, and Throat: _____

Cardiovascular: _____

Respiratory: _____

Gastrointestinal: _____

Genitourinary: _____

Musculoskeletal: _____

Skin: _____

Neurological: _____

Other: _____

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. _____

☐ **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. _____
- ☐ 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.**

_____

☐ **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

☐ **COMMUNICATION AND SOCIAL DEVELOPMENT**
- Individuation
- Separation
- Finding support
- Attention to how child communicates wants and interests

☐ **TEMPERAMENT, DEVELOPMENT, BEHAVIOR, AND DISCIPLINE**
- Conflict predictors and distraction
- Discipline and behavior management

☐ **SLEEP ROUTINES AND ISSUES**
- Regular bedtime routine
- Night waking
- No bottle in bed

☐ **HEALTHY TEETH**
- Brushing teeth
- Reducing caries

☐ **SAFETY**
- Car safety seats and parental use of seat belts
- Safe home environment: poisoning, falls, and fire safety

PLAN

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

Universal Screening:

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

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

☐ Anemia ☐ BP ☐ Hearing ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 18 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 15 MES

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

HABLAR Y SENTIR

- Intente proporcionar alternativas. Permítale a su hijo elegir entre 2 buenas opciones, como la banana o la manzana, o sus 2 libros favoritos.
- Sepa que es normal que su hijo se sienta ansioso rodeado de gente nueva. Asegúrese de reconfortar a su hijo.
- Tómese un tiempo para usted y su pareja.
- Obtenga apoyo por parte de otros padres.
- Muéstrele a su hijo cómo utilizar palabras.
  - Utilice frases simples y claras para hablar con su hijo.
  - Utilice palabras simples para hablar acerca de las imágenes de un libro cuando lean.
  - Utilice palabras para describir los sentimientos de su hijo.
  - Describa los gestos de su hijo con palabras.

BERRINCHES DISCIPLINA

- Utilice distracciones para detener los berrinches cuando pueda.
- Dígale un cumplido a su hija cuando haga lo que le pidió y por lo que puede lograr.
- Establezca límites y utilice la disciplina para educar y proteger a su hija, no para castigarla.
- Reduzca la necesidad de decir "¡no!" con un hogar y jardín seguro para jugar.
- Enséñele a su hija a no pegar, morder ni lastimar a otras personas.
- Sea un modelo a seguir.

UNA BUENA NOCHE DE SUEÑO

- Ponga a su hijo en la cama a la misma hora todas las noches. Si es temprano, mejor.
- Haga que la hora anterior a la hora de dormir sea afectuosa y calma.
- Tenga una rutina para la hora de dormir que sea simple y que incluya un libro.
- Trate de arropar a su hijo cuando está somnoliento, pero aún despierto.
- No le dé un biberón a su hijo en la cama.
- No coloque un televisor, computadora, tableta o smartphone en la habitación de su hijo.
- Evite darle atención que su hijo disfrute si se despierta durante la noche. Utilice palabras para tranquilizarlo y entréguele una manta o juguete para que sostenga y se tranquilice.

DIENTES SALUDABLES

- Lleve a su hija a su primera visita al dentista si aún no lo hizo.
- Cepille los dientes de su hija dos veces al día con un poco de pasta de dientes fluorada, no más de un grano de arroz.
- Trate de que su hija deje de usar el biberón.
- Cepíllese sus dientes. Evite compartir tazas y cucharas con su hija. No limpie el chupete en su boca.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles 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 15 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 el más seguro.
- Todos deberían usar cinturón de seguridad en el automóvil.
- Mantenga venenos, medicamentos, y productos de limpieza y del jardín bajo llave y fuera de la vista y alcance de su hijo.
- 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.
- Coloque rejas en la parte superior e inferior de las escaleras. Instale rejas operables en las ventanas del segundo piso y los pisos superiores. Mantenga los muebles lejos de las ventanas.
- Voltee los mangos de las sartenes hacia la parte posterior de la cocina.
- No deje líquidos calientes encima de mesas con manteles que su hijo pueda jalar.
- Cuente con alarmas de incendios y de monóxido de carbono funcionando en cada piso. Contrólelas todos los meses y cambie la batería todos los años. Organice un plan familiar de escape en caso de incendio en su hogar.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 18 MES DEL NIÑO

Hablaremos sobre:

- Controlar la ansiedad ante los extraños, establecer límites, y saber cuándo comenzar a aprender a ir al baño
- Apoyar el habla de su hijo y su capacidad de comunicarse
- Hablar, leer, y utilizar tabletas o smartphones con su hijo
- Comer saludable
- Mantener al niño seguro adentro de la casa, afuera, 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: 15 Month Visit (Parent)*

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

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