NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 18 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. **Las evaluaciones de desarrollo infantil y de trastornos del espectro autista también son parte de esta visita.** 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 le 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 DEL NIÑO

¿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.

- ☐ Participar con otros para jugar.
- ☐ Ayudar a vestirse y desvestirse.
- ☐ Señalar los dibujos de un libro.
- ☐ Señalar un objeto interesante para dirigir su atención a ella.
- ☐ Girar y mirar a un adulto si sucede algo nuevo.
- ☐ Empezar a recoger con una cuchara.
- ☐ Usar palabras para pedir ayuda.
- ☐ Identificar al menos dos partes del cuerpo.
- ☐ Nombrar, al menos, 5 objetos familiares, como la pelota o la leche.
- ☐ Subir escaleras con 2 pies por escalón con la ayuda de su mano.
- ☐ Sentarse en una silla pequeña.
- ☐ Llevar un juguete mientras camina.
- ☐ Garabatear espontáneamente.
- ☐ Lanzar una pelota pequeña a unos metros de donde está parado.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	O No	O Sí	O 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?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Los ojos de su hijo parecen inusuales o cruzados?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su hijo se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Felicita a su hijo por su buen comportamiento?		O Sí	O No
Si su hijo está molesto, ¿le ayuda a distraerlo usando otra actividad, libro o juguete?		O Sí	O No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites para su hijo que usted?		O Sí	O No
¿Utiliza los tiempos fuertos como una forma de controlar el comportamiento de su hijo?		O Sí	O No
¿Otros cuidadores establecen los mismos límites que usted para su hijo?		O Sí	O No
Si está planeando tener otro bebé, ¿ha pensado en cómo preparará a su hijo?	O N/C	O Sí	O No

HABLAR Y COMUNICARSE

¿Lee, canta y habla con su hijo sobre lo que está viendo y haciendo?	O Sí	O No
¿Señala con la mano para decir "adiós"?	O Sí	O No
¿Utiliza palabras sencillas para decirle a su hijo qué hacer?	O Sí	O No

SU HIJO Y LA TELEVISIÓN

¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
Si su hijo utiliza los medios de comunicación, ¿observa usted los programas que su hijo ve o la actividad que realiza?	O Sí	O No

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

¿Proporciona una variedad de verduras, frutas y otros alimentos nutritivos?	O Sí	O No
¿Su hijo come mucha comida que describiría como comida chatarra?	O No	O Sí
¿Bebe agua todos los días?	O Sí	O No
¿Su hijo está dispuesto a probar alimentos nuevos?	O Sí	O No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 18 MES

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra sujetado de manera segura en un asiento de seguridad para auto orientado hacia atrás en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	O Sí	O No
¿Todos los demás en el auto siempre usan un cinturón de seguridad para el regazo y el hombro, un asiento elevado o un asiento de seguridad para el automóvil?	O Sí	O No
¿Tiene los números de teléfono de emergencia cerca de cada teléfono y en el marcado rápido de su teléfono móvil?	O Sí	O No
¿Mantiene los cigarrillos, encendedores, fósforos y alcohol fuera de la vista y 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
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	O Sí	O 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).	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
¿Tiene alguna pregunta sobre otras maneras de mantener su casa segura?	O No	O Sí
Protección solar		
¿Le pone protector solar a su hijo cada vez que juega afuera?	O Sí	O No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	O No	O Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	O Sí	O No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	O Sí	O 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: 18 Month Visit*

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

Well Child | 18 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: _____ Ounces per 24 hours: _____

Juice: ☐ No ☐ Yes: _____

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
- Engages with others for play
- Helps dress and undress self
- Points to pictures in book
- Points to object of interest to draw attention to it
- Turns and looks at adult if something new happens
- Begins to scoop with spoon

☐ VERBAL LANGUAGE
- Uses 6 to 10 words other than names
- Identifies at least 2 body parts

☐ GROSS MOTOR
- Walks up with 2 feet per step with hand held
- Sits in small chair
- Carries toy while walking

☐ FINE MOTOR
- Scribbles spontaneously
- Throws small ball a few feet while standing

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. _____

☐ **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, discoloration, or breakage.**

☐ 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. Full range of motion. _____

☐ **Neurological: Walks and runs appropriately for age. Makes appropriate eye contact and gestures.**

_____

☐ **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**
- Encouragement of language
- Use of simple words and phrases
- Engagement in reading, playing, talking, and singing

☐ **TV VIEWING AND DIGITAL MEDIA**
- Promotion of reading
- Physical activity and safe play

☐ **TEMPERAMENT, DEVELOPMENT, TOILET TRAINING, BEHAVIOR, AND DISCIPLINE**
- Anticipation of return to separation anxiety and managing behavior with consistent limits
- Recognizing signs of toilet-training readiness and parental expectations
- New sibling planned or on the way

☐ **HEALTHY NUTRITION**
- Nutritious foods; water, milk, and juice
- Expressing independence through food likes and dislikes

☐ **SAFETY**
- Car safety seats and parental use of seat belts
- Poisoning
- Sun protection
- Gun safety
- Safe home environment: burns, fires, and falls

PLAN

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

Universal Screening:

☐ Autism screening: Screening tool used: _____ Result: ☐ Passed ☐ Failed: _____

☐ Developmental screening: Screening tool used: _____ Result: ☐ Passed in all areas

☐ Failed in following areas: _____

☐ 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 ☐ Lead ☐ Oral health ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 2 years ☐ 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 18 MES

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

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

- Espere que su hija se aferre a usted en situaciones nuevas o se sienta ansiosa rodeada de extraños.
- Juegue todos los días con su hija haciendo las cosas que a ella le gustan.
- Sea consistente al disciplinar y establecer límites para su hija.
- Haga un plan de antemano para situaciones difíciles e intente cosas que puedan facilitarlas. Piense acerca de su día y de la energía y humor de su hija.
- Espere hasta que su hija esté lista para aprender a ir al baño. Los signos que indican que su hija está lista para aprender incluyen
  - Que pueda mantenerse seca durante 2 horas
  - Que ella sepa si está mojada o seca
  - Que pueda subirse y bajarse los pantalones
  - Que quiera aprender
  - Que pueda decirle si va a defecar
- Lea libros acerca de cómo enseñarle a su hija a ir al baño.
- Hágale cumplidos cuando se siente en la bacinica o en el inodoro.
- Si está esperando un bebé, puede leer libros acerca de ser un hermano o hermana mayor.
- Reconozca lo que su hija puede hacer. No le pida que haga cosas que no está lista para hacer a esta edad.

SU HIJO Y LA TELEVISIÓN

- Realice actividades junto con su hijo, como leer, jugar, y cantar.
- Sean activos como familia. Asegúrese de que su hijo está activo en su casa, en la guardería y con su niñera.
- Si decide incorporar un medio de comunicación ahora,
  - Elija programas y aplicaciones de alta calidad.
  - Utilícenlos juntos.
  - Reduzca el tiempo de utilización a 1 hora por día o menos.
- Evite usar televisores, tabletas, o smartphones para mantener a su hijo ocupado.
- Tenga en cuenta cuántos medios de comunicación utiliza.

HABLAR Y ESCUCHAR

- Léale y cántele a su hijo a menudo.
- Hable de las imágenes de los libros y descríbalas.
- Utilice palabras simples con su hijo.
- Sugiera palabras que describan emociones para ayudar a su hijo a aprender el lenguaje de los sentimientos.
- Hágale preguntas simples a su hijo, dígale cumplidos cuando responda y explíquele de forma simple.
- Utilice palabras simples y claras para decirle a su hijo lo que quiere que haga.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

- Ofrézcale a su hija una variedad de alimentos y bocadillos saludables, especialmente vegetales frutas, y proteína magra.
- Bríndele una comida grande y algunos bocadillos o comidas más pequeñas todos los días.
- Deje que su hija decida cuánto comer.
- Dé a su hija entre 16 y 24 oz de leche por día.
- Tenga en cuenta que no necesita darle jugo. Si lo hace, no ofrezca más de 4 oz por día de jugo 100% natural y siempre sírvalo con una comida.
- Bríndele muchas oportunidades para probar una comida nueva. Déjela tocar la comida y ponérsela en la boca para que aprenda.

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 18 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. Esto probablemente sucederá luego de su segundo cumpleaños.
- 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.
- 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.).
- Si es necesario tener un arma en su casa, guárdela descargada y bajo llave, con las municiones bajo llave en otro lugar.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO DEL NIÑO

Hablaremos sobre:

- Cuidar al niño, a su familia y a usted
- Controlar el comportamiento de su hijo
- Apoyar el habla de su hijo
- Comenzar a aprender a ir al baño
- Mantener al niño seguro adentro de la casa, afuera, y en el auto

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

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: 18 Month Visit (Parent)*

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

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