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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DE 1 MES

Bright Futures™

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **Controlar la depresión materna también es 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 BEBÉ Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más le entusiasma o encanta del bebé?

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

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

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

¿Su bebé vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? ○ **No** ○ **Sí** ○ **No estoy segura**

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL BEBÉ

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

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

- ☐ La mira.
- ☐ La sigue con los ojos.
- ☐ Se calma a sí mismo haciendo cosas, como llevarse las manos a la boca.
- ☐ Empieza a inquietarse cuando está aburrido.
- ☐ Se calma cuando lo levantan o le hablan.
- ☐ Mira brevemente los objetos.
- ☐ Produce sonidos cortos como “oh” y “ah”.
- ☐ Presta atención cuando escucha sonidos inesperados.
- ☐ Hace silencio o gira cuando escucha su voz.
- ☐ Muestra signos de estar susceptible con su entorno (como llorar o asustarse) o necesita asistencia adicional para manejar las actividades cotidianas.
- ☐ Utiliza diferentes llantos para demostrar hambre o cansancio.
- ☐ Mueve ambos brazos y piernas juntos.
- ☐ Sostiene la barbilla hacia arriba mientras está boca abajo.
- ☐ Abre un poco los dedos cuando descansa.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DE 1 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Tuberculosis	¿Su bebé 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 segura
	¿Estuvo su bebé 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 segura
	¿Está su bebé infectado con VIH?	○ No	○ Sí	○ No estoy segura
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	○ No	○ Sí	○ No estoy segura

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su bebé y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?		○ No	○ Sí
¿Posee los elementos necesarios para cuidar de su bebé, como una cuna, un asiento de seguridad para niños y pañales?		○ Sí	○ No
Su casa, ¿tiene calefacción, agua caliente y electricidad suficientes?		○ Sí	○ No
¿Cuenta con un seguro de salud para usted?		○ Sí	○ No
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
¿Necesita ayuda para encontrar servicios de asistencia comunitaria, como WIC o cupones para alimentos?		○ No	○ Sí
¿Tuvo problemas con el moho o la humedad en su hogar?	○ N/C	○ No	○ Sí
Si su hogar posee un sótano, ¿lo controló para ver si hay radón?		○ Sí	○ No
¿Utiliza pesticidas dentro o fuera de su hogar?		○ No	○ Sí
Violencia en la relación de pareja			
¿Se siente segura siempre en su hogar?		○ Sí	○ No
Su pareja, u otra persona significativa en su vida, ¿alguna vez la golpeó, pateó o empujó o la lastimó a usted o al bebé?		○ No	○ Sí
Consumo de alcohol o drogas por parte de la madre			
¿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
Asistencia familiar			
¿Se siente cómoda para regresar al trabajo o a la escuela después del nacimiento del bebé?		○ Sí	○ No
¿Hizo arreglos para el cuidado del bebé?		○ Sí	○ No

SALUD Y RELACIONES FAMILIARES DE LA MADRE

¿Se hizo el chequeo posparto?	○ N/C	○ Sí	○ No
Su pareja u otros miembros de la familia, ¿ayudan a cuidar al bebé y con las tareas del hogar?		○ Sí	○ No
Si tiene hijos mayores, ¿se llevan bien con el bebé?		○ Sí	○ No

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Duerme bien el bebé?	○ Sí	○ No
¿Usa chupete el bebé?	○ Sí	○ No
¿Puede distinguir lo que quiere el bebé por la manera en que llora?	○ Sí	○ No
¿Puede calmar al bebé?	○ Sí	○ No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DE 1 MES

CUIDADOS DEL BEBÉ (*CONTINUACIÓN*)

¿Hay algún televisor, computadora, tableta o teléfono inteligente de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	O No	O Sí
¿Coloca al bebé boca abajo durante períodos cortos cuando está despierto y con usted?	O Sí	O No
Asistencia médica después de hora en el hogar		
¿Sabe tomar la temperatura rectal del bebé?	O Sí	O No
¿Sabe cuándo llamar al médico del bebé?	O Sí	O No
Información general		
¿Se alimenta bien su bebé?	O Sí	O No
¿Le da algún suplemento, hierba, té especial o vitaminas al bebé?	O No	O Sí
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	O Sí	O No
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	O Sí	O No
¿Alguna vez apoya el biberón en vez de sujetarlo o acuesta al bebé en la cama con un biberón?	O No	O Sí
¿Puede hacer eructar a su bebé?	O Sí	O No
Si está amamantando, responda estas preguntas.		
Amamantar, ¿es incómodo o doloroso?	O No	O Sí
¿Come alimentos ricos en proteínas (como huevos, carne magra, carne de aves, pescados o frijoles) todos los días?	O Sí	O No
¿Continúa tomando las vitaminas prenatales?	O Sí	O No
¿Toma alguna medicación (ya sea de venta libre o con receta) o suplemento herbal?	O No	O Sí
¿Está dando gotas de vitamina D al bebé?	O Sí	O No
Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.		
¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	O Sí	O No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo utilizar la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	O No	O Sí

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Se encuentra el bebé 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
¿Coloca siempre una mano sobre el bebé cuando le cambia los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama?	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
Dormir de manera segura		
¿El bebé duerme boca arriba?	O Sí	O No
¿El bebé duerme en una cuna?	O Sí	O No
¿El bebé duerme en su habitación?	O Sí	O No

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.

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: 1 Month Visit*

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

Well Child | 1 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: ☐ Infant 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

Screening Results:

Newborn blood screening: ☐ Normal

☐ Abnormal

_____

Newborn hearing screening: ☐ Passed BL ☐ Referred _____

Nutrition:

☐ Breast milk:

Minutes per feeding: _____ Hours between feedings: _____

Feedings per 24 hours: _____

Problems with breastfeeding:

_____

Vitamin D supplements: _____ ☐ None

☐ Formula: Type/brand: _____ Source of water: _____

Feedings per 24 hours: _____ Ounces per feeding: _____

Problems with bottle-feeding: _____

Elimination: ☐ Regular soft stools ☐ Normal urine stream

_____

Sleep: ☐ Normal pattern ☐ On back ☐ Safe sleep surface

Behavior: ☐ No concerns

Activity (tummy time):

SAMPLE
For Review and Reference Only

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

Caregiver concerns about development: ☐ None ☐ Yes: _____

☐ SOCIAL LANGUAGE AND SELF-HELP
- Calms when picked up or spoken to
- Looks briefly at objects

☐ VERBAL LANGUAGE
- Alerts to unexpected sound
- Makes brief short vowel sounds

☐ GROSS MOTOR
- Holds chin up in prone

☐ FINE MOTOR
- Holds fingers more open at rest

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: _____

Smoking household: ☐ No ☐ Yes: _____

Parent adjustment to new infant: _____

Observation of parent-infant interaction: _____

Reactions of sibling to new infant: _____

Work plans: _____ Child care: ☐ Parent(s) ☐ Family ☐ In-home ☐ Center ☐ Other: _____

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 infant. **Normal interval growth in height, weight, and head circumference. Normal weight-for-length for age.**

_____

☐ **Head:** Normocephalic and atraumatic. **No positional skull deformities. Anterior fontanelle open and flat.** _____

☐ **Eyes: Normal eyes and eyelids. Fixes and follows. Red reflex present bilaterally. No opacification.** Normal funduscopic examination findings.

_____

☐ Ears, nose, and throat: Tympanic membranes with visible light reflex bilaterally. No oral lesions or thrush.

☐ Neck: Supple, with full range of motion without torticollis. _____

☐ **Heart:** Regular rate and rhythm. **No murmur. Symmetrical femoral pulses.** _____

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

☐ **Abdomen:** Soft, with **no palpable masses. Well-healed umbilicus.** _____

☐ **Genitourinary:**

- ☐ **Normal female external genitalia.** _____
- ☐ Normal male external genitalia, with **testes palpable in scrotum bilaterally.** _____

☐ **Musculoskeletal: Spine straight. Negative Ortolani and Barlow maneuvers.** _____

☐ **Neurological:** Moves all extremities symmetrically. **Normal posture and tone.** Normal infant reflexes. **Attends to visual and auditory stimulation.**

_____

☐ **Skin:** Warm and well perfused. **No lesions, birthmarks, or bruising.** _____

Other comments: _____

ASSESSMENT

☐ Well child ☐ Normal interval growth (See growth chart.) ☐ 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
- Environmental tobacco exposure
- Dampness and mold, radon, and pesticides
- Intimate partner violence
- Maternal alcohol and substance use
- Family support

☐ **PARENT AND FAMILY HEALTH**
- Postpartum checkup
- Maternal depression
- Family relationships

☐ **NUTRITION AND FEEDING**
- Feeding plans and choices
- General guidance on feeding
- Breastfeeding or formula-feeding guidance

☐ **INFANT BEHAVIOR AND DEVELOPMENT**
- Sleeping and waking
- Fussiness and attachment
- Media
- Playtime
- Medical home after-hours support

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Safe sleep
- Preventing falls
- Emergency care

PLAN

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

Universal Screening:

☐ Maternal depression: Screening tool used: _____ Result: ☐ Neg ☐ Pos: _____

Newborn blood screening: Result: ☐ Normal ☐ Needs follow-up: _____

Newborn hearing screening: Result: ☐ Passed BL ☐ Referred right/left/BL ☐ Needs follow-up: _____

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

☐ BP ☐ Tuberculosis ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 2 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 DE 1 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, hable con nosotros. Las agencias y programas comunitarios como WIC y SNAP también pueden brindar información y asistencia.
- Pídanos ayuda si lo ha lastimado su pareja u otra persona importante en su vida. Las líneas directas y las agencias comunitarias también pueden proporcionar asistencia confidencial.
- Los espacios libres de tabaco mantienen saludables a los niños. No fume ni utilice cigarrillos electrónicos.
  No fume en su hogar ni en el automóvil.
- No consuma alcohol ni drogas.
- Controle su hogar para ver si no hay moho ni radón. Evite el uso de pesticidas.

ALIMENTAR AL BEBÉ

- Alimente al bebé solo con leche materna o leche maternizada fortificada con hierro hasta que tenga 6 meses de edad aproximadamente.
- Evite alimentar al bebé con comidas sólidas, jugo o agua hasta que tenga 6 meses de edad aproximadamente.
- Alimente al bebé cuando tenga hambre. Busque señales como:
  - Se lleve la mano a la boca.
  - Succione o busque.
  - Esté inquieto.
- Deje de alimentarlo cuando vea que su bebé esté lleno. Algunos signos de que esto sucede son:
  - Se aparta.
  - Cierra la boca.
  - Relaja los brazos y manos.
- Para saber si su bebé está recibiendo el suficiente alimento, debe mojar más de 5 pañales diarios, hacer por lo menos 3 deposiciones fecales blandas por día y estar aumentando de peso apropiadamente.
- Haga eructar al bebé durante los descansos cuando lo amamanta.
- Sujete al bebé de manera que puedan mirarse cuando lo alimenta.
- Siempre sujete el biberón. Nunca lo apoye en algo.

Si lo amamanta

- Alimente al bebé a libre demanda, generalmente cada 1 a 3 horas durante el día y cada 3 horas por la noche.
- Administre gotas de vitamina D a su bebé (400 IU por día).
- Continúe tomando las vitaminas prenatales con hierro.
- Consuma una dieta saludable.

Si lo alimenta con leche maternizada

- Siempre prepare, caliente y almacene la leche maternizada de manera segura. Si necesita ayuda, consúltenos.
- Dé al bebé entre 24 a 27 oz de fórmula por día. Si el bebé todavía está hambriento, puede darle más.

CÓMO SE SIENTE

- Cuídese para tener energía para cuidar a su bebé. Recuerde ir al control posparto.
- Si se encuentra triste o cansada durante varios días, avísenos o llame a alguien de su confianza para que la ayude.
- Encuentre tiempo para usted y su pareja.

CUIDADOS DEL BEBÉ

- Cargue y acune al bebé a menudo.
- Disfrute del tiempo de juego con su bebé. Colóquelo boca abajo por unos pocos minutos por vez cuando esté despierto.
- Nunca lo deje solo boca abajo ni lo haga dormir en esta posición.
- Cuando el bebé llore, cálmelo al hablarlo, palmearlo, acariciarlo o mecerlo. Considere ofrecerle un chupete.
- *Nunca golpee ni sacuda al bebé.*
- Tome la temperatura rectal, no en el oído ni en la piel. La fiebre es una temperatura rectal de 100.4 °F/38.0 °C en adelante. Llame a nuestra oficina si tiene alguna consulta o inquietud.
- Lávese las manos a menudo.

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles La Línea Nacional de Violencia Doméstica: 800-799-7233 | Línea de Ayuda para Dejar de Fumar: 800-784-8669
Información sobre Asientos de Seguridad para Automóvil, en inglés: www.safercar.gov/parents | Línea Gratuita Directa sobre Seguridad Automotriz: 888-327-4236

VISITA MÉDICA DE 1 MES: PADRES

SEGURIDAD

- Utilice el asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero de todos los vehículos.
- Nunca coloque al bebé en el asiento delantero de un vehículo que posea bolsa de aire para el pasajero.
- Asegúrese de que el bebé permanezca siempre en el asiento de seguridad para niños durante un viaje. Si el bebé se inquieta o necesita alimentarse, detenga el vehículo y sáquelo del asiento.
- La seguridad del bebé depende de usted. Use siempre el cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro. Nunca conduzca después de consumir alcohol o drogas. Nunca envíe mensajes de texto ni hable por teléfono móvil mientras conduce.
- Siempre haga dormir el bebé sobre la espalda en su propia cuna, no en su cama.
  - El bebé debe dormir en su habitación hasta que tenga, al menos, 6 meses de edad.
  - Asegúrese de que la cuna o superficie para dormir del bebé cumpla con las pautas de seguridad más recientes.
  - No coloque objetos blandos ni ropa de cama suelta como mantas, almohadas, chichoneras y juguetes en la cuna.
- Solo se puede envolver a los bebés si tienen menos de 2 meses de edad.
- Si elige utilizar un corralito de red, consiga uno fabricado después del 28 de febrero de 2013.
- Mantenga las sogas y cuerdas alejadas del bebé. No permita que el bebé use collares ni brazaletes.
- Siempre coloque una mano sobre el bebé cuando le cambie los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama.
- Aprenda RCP para bebés. Conozca los números de emergencia. Prepárese para los desastres u otros eventos inesperados al tener un plan de emergencia.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 2 MES DEL BEBÉ

Hablaremos sobre:

- Cómo cuidar al bebé, a su familia y a usted
- Volver al trabajo o la escuela y encontrar a alguien que cuide al niño
- Conocer al bebé
- Alimentar al bebé
- Mantener al bebé 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 hoja 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 incluidas como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La inclusión en este folleto 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: 1 Month Visit (Parent)*

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

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