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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

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. **Controlar el desarrollo del niño 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 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.

- ☐ Orinar en un orinal o en el inodoro.
- ☐ Picar la comida con un tenedor.
- ☐ Lavarse y secarse las manos.
- ☐ Jugar a fingir con juguetes o muñecas.
- ☐ Pedirle que mire diciendo, "¡Mírame!"
- ☐ Usar pronombres como "yo", "él". y "nuestro", correctamente.
- ☐ Explicar las razones de las cosas, tales como necesitar un suéter cuando hace frío.
- ☐ Nombrar al menos un color.
- ☐ Subir los escalones, usando un pie, luego el otro.
- ☐ Correr bien sin caerse.
- ☐ Copiar una línea vertical.
- ☐ Sujetar un crayón con el pulgar y los dedos de la mano en lugar de los puños.
- ☐ Atrapar pelotas grandes.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

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
Salud bucal	¿Su hijo tiene un dentista?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	○ 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?

RUTINAS FAMILIARES

¿Su familia come junta?	○ Sí	○ No
¿Tiene usted una rutina regular a la hora de acostarse para su hijo?	○ Sí	○ No
¿Alienta el ejercicio familiar, como caminar, nadar, bailar o andar en bicicleta?	○ Sí	○ No
¿Su familia va junta a museos, zoológicos y otros lugares educativos?	○ Sí	○ No
¿Participan usted y su pareja en actividades sociales? ¿Comparte actividades con amigos, lejos de la familia?	○ Sí	○ No
¿Todos en su familia siguen las mismas rutinas y establecen los mismos límites para su hijo?	○ Sí	○ No

APRENDER A HABLAR Y COMUNICARSE

¿Le lee a su hijo todos los días?	○ Sí	○ No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo y le da tiempo suficiente para que responda?	○ Sí	○ No
¿Escucha usted cuidadosamente a su hijo y, si es necesario, le ofrece las palabras adecuadas para ayudarlo a asegurarse de que sea entendido?	○ Sí	○ No
¿Se frustra su hijo cuando otros no pueden entender lo que dice?	○ No	○ Sí

LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS

¿Su hijo juega con otros niños?	○ Sí	○ No
¿Permite que su hijo tome decisiones como qué ropa ponerse, qué comer y qué libros leer?	○ Sí	○ No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 2½ AÑO

LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS *(CONTINUACIÓN)*

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
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	O Sí	O No

PREPARARSE PARA EL PREESCOLAR

¿Tiene planes para el cuidado de niños o preescolar en el próximo año?	O Sí	O No
¿Su hijo es parte de un grupo de juego regular?	O Sí	O No
¿Le lee libros a su hijo sobre cómo prepararse para la escuela?	O Sí	O No
¿Está fomentando el entrenamiento para ir al baño?	O Sí	O No
¿Felicita a su hijo cuando trata de usar el orinal?	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 en el asiento trasero todas las veces que viaja en un vehículo?	O Sí	O 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?	O Sí	O No
¿Tiene un detector de humo que funcione en todos los niveles de su casa?	O Sí	O No
¿Prueba las baterías una vez al mes?	O Sí	O No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	O Sí	O No
¿Mantiene los fósforos fuera de la vista y del alcance de su hijo?	O Sí	O No
¿Mantiene a su hijo alejado de la estufa, las parrillas, las chimeneas y los calentadores?	O Sí	O No
Seguridad al aire libre		
Cuando su hijo juega afuera, ¿se asegura de que permanezca dentro de las vallas y puertas?	O Sí	O No
¿Siempre usa su hijo un casco de bicicleta cuando anda en un triciclo, en un remolque para bicicletas o en el asiento en la bicicleta de un adulto?	O Sí	O No
¿Mantiene a su hijo alejado de máquinas en movimiento, cortadoras de césped, caminos de entrada y calles?	O Sí	O No
¿Le ha enseñado a su hijo a tener cuidado con los perros, especialmente si están comiendo o no los conoce?	O Sí	O No
¿Tiene una piscina, estanque o lago en su casa o cerca de ella?	O No	O Sí
¿Siempre le pone protector solar a su hijo cuando juega afuera?	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: 2 1/2 Year Vist*

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

Well Child | 2½ Year Visit

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

Weight (%):	Height/Length (%):	BMI/Weight-for-length (%):	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: _____

☐ Calcium: Source: _____ Amount: _____

Comments:

Dental Home: ☐ No ☐ Yes: _____

Brushing twice daily: ☐ Yes ☐ No: _____

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

_____

Elimination: ☐ Regular soft stools

Toilet-trained: ☐ Yes ☐ No ☐ In process

Sleep: ☐ No concerns

Behavior: ☐ No concerns

Physical Activity:

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

Screen time: ☐ None h/d: _____

Source: _____ Quality monitored: ☐ Yes ☐ No

SAMPLE
For Review and Reference Only

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

Caregiver concerns about development: ☐ None ☐ Yes: _____

☐ SOCIAL LANGUAGE AND SELF-HELP
- Urinates in a potty or toilet
- Plays pretend with toys or dolls
- Pokes food with fork

☐ VERBAL LANGUAGE
- Uses pronouns correctly
- Explains the reasons for things, such as needing a sweater when it's cold
- Names at least one color

☐ GROSS MOTOR
- Walks up steps, using one foot, then the other
- Runs well without falling

☐ FINE MOTOR
- Grasps crayon with thumb and fingers instead of fist
- Catches a large ball
- Copies a vertical line

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:** Well-appearing child. **Normal interval growth in height and weight. Normal weight-for-length or BMI for age.**

_____

☐ Head: Normocephalic and atraumatic. _____

☐ **Eyes: Fixes and follows. Extraocular eye movements intact. 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.** No oral lesions **or gingivitis.**

☐ 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:** Normal gait. **Good coordination. Social. Vocalizes and communicates clearly.**

_____

☐ **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 or BMI percentile for age ☐ Age-appropriate development

SAMPLE
For Review and Reference Only

Name: _____

ANTICIPATORY GUIDANCE

☑ Discussed and/or handout given

☐ **FAMILY ROUTINES**
- Day and evening routines
- Enjoyable family activities
- Parental activities outside the family
- Consistency in the child's environment

☐ **LANGUAGE PROMOTION AND COMMUNICATION**
- Use of simple words and reading together

☐ **PROMOTING SOCIAL DEVELOPMENT**
- Play with other children
- Giving choices
- Limits on TV and media use

☐ **PRESCHOOL CONSIDERATIONS**
- Readiness for early childhood programs and playgroups
- Toilet training

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Outdoor safety
- Water safety
- Sun protection
- Fire and burns

PLAN

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

Universal Screening:

☐ 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 ☐ Oral health ☐ Tuberculosis

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 3 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 2½ AÑO

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

RUTINAS FAMILIARES

- Disfruten de las comidas en familia y siempre incluyan a su hijo.
- Tengan noches tranquilas y rutinas para ir a dormir.
- Visiten zoológicos, museos, y otros lugares que puedan ayudar a que su hijo aprenda.
- Sean activos como familia.
- Manténgase en contacto con sus amigos. Haga cosas que no incluyan a su familia.
- Asegúrese de que en su familia están de acuerdo en cómo respaldar el desarrollo de la independencia de su hijo, al mismo tiempo que mantienen límites consistentes.

APRENDER A HABLAR Y COMUNICARSE

- Lean libros juntos todos los días. Leer en voz alta ayudará a que su hija se prepare para el jardín infantil.
- Lleve a su hija a la biblioteca y lean cuentos.
- Escuche a su hija con atención y repita lo que dice utilizando formas gramaticales correctas.
- Dele mucho tiempo para responder preguntas.
- Sea paciente. Puede que su hija pida leer el mismo libro una y otra vez.

LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS

- Dele la oportunidad de jugar con otros niños de su edad. Contrólelo de cerca, ya que es posible que su hijo no esté listo para compartir o jugar de manera cooperativa.
- Ofrézcale a su hijo y a su amigo cosas que les puedan gustar. Los niños necesitan tener una variedad de opciones para evitar conflictos.
- Bríndele la opción de elegir entre 2 cosas que su hijo prefiera. Más de 2 es demasiado para que su hijo elija.
- Reduzca el uso de la televisión, tableta y smartphone a no más de 1 hora de programas de alta calidad por día. Esté al tanto de lo que su hijo mira en la televisión.
- 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.

PREPARARSE PARA EL JARDÍN INFANTIL

- Piense en el jardín infantil o en el grupo de cuidado de su hijo. Si necesita ayuda para seleccionar un programa, podemos brindarle información y recursos.
- Visite una tienda para maestros o una librería y busque libros para preparar a su hijo para la escuela.
- Únase a un grupo de juego y organice citas para jugar.
- Facilite el aprendizaje para ir al baño.
  - Vista a su hijo con ropa que se pueda quitar con facilidad.
  - Coloque a su hijo en el inodoro cada 1 o 2 horas.
  - Dígale un cumplido cuando tenga éxito.
- Trate de desarrollar una rutina para ir al baño.
- Cree un ambiente relajado leyendo o cantando en el baño.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles Plan para el consumo mediático de su familia: www.healthychildren.org/MediaUsePlan/es

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 2½ AÑO: PADRES

SEGURIDAD

- Asegúrese de que el asiento de seguridad para el automóvil esté instalado correctamente en el asiento trasero. Mantenga el asiento orientado hacia atrás hasta que alcance el peso o la altura permitida por el fabricante. El cinturón del arnés debería ajustarse al pecho de su hija.
- Todos deberían usar cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro. No encienda el vehículo hasta que todos ajusten sus cinturones.
- Nunca deje a su hija sola adentro o afuera de su casa, especialmente cerca de automóviles o máquinas.
- Haga que su hija use un casco que le ajuste bien cuando ande en bicicleta, en triciclo, o en el asiento de una bicicleta para adultos.
- Tenga a su hija al alcance de su mano cuando esté cerca o adentro del agua.
- Vacíe los baldes, piscinas para jugar, y tinas cuando termine de usarlos.
- Cuando salga, póngale un gorro a su hija, póngale ropa que la 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.).
- 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 3 AÑO DEL NIÑO

Hablaremos sobre:

- Cuidar al niño, a su familia y a usted
- Jugar con otros niños
- Incentivar la lectura y el habla
- Comer saludable y mantenerse activos como familia
- 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: 2½ Year Visit (Parent)*

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

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