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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 2 MES

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 seguro/a**
Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, 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 seguro/a**

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL BEBÉ

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

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

- ☐ Devolver la sonrisa.
- ☐ Hacer sonidos que le hagan saber que él es feliz o que está molesto.
- ☐ Hacer sonidos de arrullo cortos.
- ☐ Mover los brazos y piernas juntos.
- ☐ Sostener su barbilla hacia arriba cuando está boca abajo.
- ☐ Abrir y cerrar las manos.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 2 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a

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?		O No	O Sí
¿Posee los elementos necesarios para cuidar de su bebé, como una cuna, un asiento de seguridad para niños y pañales?		O Sí	O No
¿Su casa tiene calefacción, agua caliente y electricidad suficientes?		O Sí	O No
¿Cuenta con un seguro de salud para usted?		O Sí	O No
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?		O No	O Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?		O No	O Sí
Asistencia familiar			
¿Está descansando lo suficiente?		O Sí	O No
¿Ha salido de la casa sin su bebé (por ejemplo, a la tienda, a restaurantes o de paseo)?		O Sí	O No
¿Ha encontrado a alguien que cuide de su bebé cuando regrese al trabajo o a la escuela?		O Sí	O No
En caso afirmativo, ¿se siente cómoda con estos arreglos?	O N/C	O Sí	O No

CÓMO SE SIENTE

¿Ha tenido su chequeo de 6 semanas después del nacimiento?		O Sí	O No
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con ellos?	O N/C	O Sí	O No

CUIDADOS DEL BEBÉ

Su bebé en crecimiento		
¿Disfruta cuidando de su bebé?	O Sí	O No
¿Usted y su bebé "hablan" juntos durante sus rutinas diarias?	O Sí	O No
¿Se siente cómodo y confiado en sus habilidades como padre?	O Sí	O No
¿Su bebé está comenzando a desarrollar patrones de sueño regulares?	O Sí	O No
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone 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
¿Tiene maneras de calmar a su bebé cuando está llorando?	O Sí	O No
¿Alguna vez ha tenido miedo de que usted u otros cuidadores puedan lastimar al bebé?	O No	O Sí

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general		
¿Tiene alguna pregunta sobre la alimentación de su bebé?	O No	O Sí
¿Está alimentando a su bebé con otro producto que no sea leche materna o fórmula?	O No	O Sí
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	O Sí	O No
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	O Sí	O No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 2 MES

ALIMENTAR AL BEBÉ (*CONTINUACIÓN*)

Si está amamantando, responda estas preguntas.		
¿Está dando gotas de vitamina D al bebé?	○ Sí	○ No
¿Tiene preguntas sobre cómo extraer y almacenar la leche materna?	○ No	○ Sí
Si lo alimenta con leche maternizada, o le proporciona un complemento maternizado, responda estas preguntas.		
¿Utiliza leche maternizada fortificada con hierro?	○ Sí	○ No
¿Tiene preguntas sobre cómo utilizar la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	○ No	○ 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?	○ Sí	○ No
¿Tiene algún problema con el asiento de seguridad para niños?	○ No	○ Sí
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	○ Sí	○ No
¿Siempre está al alcance de la mano cuando su bebé está en el agua o cerca de ella?	○ Sí	○ No
¿Tiene alguna pregunta sobre las cosas que puede hacer para mantener a su bebé a salvo en casa?	○ No	○ Sí
Dormir de manera segura		
¿El bebé duerme boca arriba?	○ Sí	○ No
¿El bebé duerme en una cuna?	○ Sí	○ No
¿El bebé duerme en su habitación?	○ 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

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 Month Visit*

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

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

Well Child | 2 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
- Smiles responsively (ie, social smile)

☐ VERBAL LANGUAGE
- Vocalizes with simple cooing

☐ GROSS MOTOR
- Lifts head and chest in prone

☐ FINE MOTOR
- Opens and shuts hands

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: _____

Parental support and work-family balance: _____

Observation of parent-infant interaction: _____

Parents working outside home: ☐ One parent ☐ Both parents 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: 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. _____

☐ 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 strength and tone.** _____

☐ **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
- Family support
- Child care

☐ **NUTRITION AND FEEDING**
- General guidance on feeding and delaying solid foods
- Hunger and satiety cues
- Breastfeeding or formula-feeding guidance

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

☐ **INFANT BEHAVIOR AND DEVELOPMENT**
- Parent-infant relationship
- Parent-infant communications
- Sleeping
- Media
- Playtime
- Fussiness

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Safe sleep
- Safe home environment: burns, drowning, and falls

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 ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 4 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 2 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.
- Encuentre formas de pasar tiempo con su pareja. Manténgase en contacto con su familia y amigos.
- Encuentre una guardería segura que le brinde amor a su bebé. Puede pedirnos ayuda.
- Sepa que es normal sentirse triste por dejar a su bebé con un cuidador o en una guardería.

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 a su bebé cuando vea señales de que tiene hambre. Busque señales como:
  - Se lleve la mano a la boca.
  - Se chupe el dedo, esté molesto o tenga reflejo de búsqueda.
- Deje de alimentarlo cuando vea señales de que su bebé está lleno. Algunos signos de que esto sucede son:
  - Se aparta.
  - Cierra la boca.
  - Relaja los brazos y manos.
- Haga eructar al bebé durante los descansos cuando lo amamanta.

Si lo amamanta

- Alimente a su bebé cuando él lo pida. Espere tener que amamantarlo entre 8 y 12 veces en 24 horas.
- Administre gotas de vitamina D a su bebé (400 IU por día).
- Continúe tomando las vitaminas prenatales con hierro.
- Consuma una dieta saludable.
- Extraiga leche y guarde leche materna. Avísenos si necesita ayuda.
  - Si usted se extrae la leche, asegúrese de almacenarla correctamente para que se mantenga segura para su bebé. Si tiene preguntas, consúltenos.

Si lo alimenta con leche maternizada

- Alimente a su bebé cuando él lo pida. Espere que coma entre 6 y 8 veces al día, o que tome entre 26 y 28 oz de leche maternizada por día.
- Asegúrese de preparar, calentar, y almacenar la leche maternizada de manera segura. Si necesita ayuda, consúltenos.
- Sujete al bebé de manera que puedan mirarse cuando lo alimenta.
- Siempre sujete el biberón. Nunca lo apoye en algo.

CÓMO SE SIENTE

- Cuídese para tener energía para cuidar a su bebé.
- Hable conmigo o llame para pedir ayuda si se siente triste o muy cansado durante más de algunos días.
- Encuentre pequeñas formas en las que sus otros hijos puedan ayudar con el bebé de manera segura, como traerle cosas que necesita o sostenerle la mano.
- Dedíquele un momento especial a cada niño para leer, hablar o hacer cosas juntos.

SU BEBÉ EN CRECIMIENTO

- Tenga rutinas simples todos los días para bañarlo, alimentarlo, hacerlo dormir y jugar.
- Sostenga a su bebé, háblele, abrácelo, léale, cántele y juegue con él a menudo. Esto lo ayuda a conectarse y relacionarse con su bebé.
- Aprenda qué le gusta y qué no le gusta a su bebé.
- Establezca un horario para dormir siestas y para irse a dormir. Acuéstelo despierto, pero a punto de dormirse para que aprenda a dormirse solo.
- No tenga un televisor de fondo ni utilice un televisor u otros medios digitales para calmar a su bebé.
- Ponga a su bebé boca abajo para jugar durante poco tiempo. No lo deje solo cuando esté boca abajo ni deje que duerma así.
- Observe qué ayuda a calmar a su bebé, como un chupete, sus propios dedos o pulgar. Acariciarlo, hablarle, mecerlo o salir a caminar con él también puede funcionar.
- *Nunca golpee ni sacuda a su bebé.*

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles:

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 2 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.
- 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 al 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.
- Si elige utilizar un corralito de red, consiga uno fabricado después del 28 de febrero de 2013.
- No se lo debe envolver después de los 2 meses de edad.
- Prevenga escaldaduras o quemaduras. No beba líquidos calientes mientras tenga a su bebé en brazos.
- Prevenga las quemaduras con el agua del grifo. Gradúe el calentador de agua para que la temperatura del grifo sea de 120 °F/49 °C o menor.
- Coloque una mano sobre el bebé cuando lo vista o lo cambie sobre el cambiador, el sofá o la cama.
- Nunca deje a su bebé solo en el agua de la bañera, incluso en un asiento o anillo de baño.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 4 MES DEL BEBÉ

Hablaremos sobre:

- Cuidar al bebé, a su familia y a usted
- Crear rutinas y pasar tiempo con su bebé
- Mantener los dientes saludables
- 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 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: 2 Month Visit (Parents)*

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

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