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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 2 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. **La evaluación del trastorno del espectro autista 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 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 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.

- ☐ Jugar con otros niños y expresar interés en su juego.
- ☐ Quitarse algo de ropa.
- ☐ Recoger bien con una cuchara.
- ☐ Usar 50 palabras.
- ☐ Combinar 2 palabras en una frase corta u oración.
- ☐ Seguir una instrucción de 2 pasos (como "Levántalo y guárdalo").
- ☐ Nombrar al menos 5 partes del cuerpo.
- ☐ Hablar para que los extraños puedan entender el 50% de lo que dice.
- ☐ Patear una pelota.
- ☐ Saltar del suelo con los dos pies.
- ☐ Correr con coordinación.
- ☐ Subir por una escalera en un patio de recreo.
- ☐ Apilar objetos.
- ☐ Pasar las páginas del libro.
- ☐ Usa sus manos para girar objetos.
- ☐ Dibujar líneas.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 2 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
Dislipidemia	¿Su hijo tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	○ 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
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?	○ 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
Tuberculosis	¿Su hijo 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 seguro/a
	¿Su hijo estuvo 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 seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	○ 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

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

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 a su hijo?	○ No	○ Sí
Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	○ No	○ Sí
¿Tiene las cosas que necesita para cuidar a su hijo?	○ Sí	○ No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	○ Sí	○ No

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA *(CONTINUACIÓN)*

Condición de vida y seguridad alimenticia (*continuación*)		
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
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	O No	O Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	O No	O Sí
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	O Sí	O No
¿Pasan usted y su pareja tiempo a solas?	O Sí	O No
¿Usted y su familia hacen actividades juntos?	O Sí	O No
¿Tiene a alguien a quien pueda acudir si necesita hablar sobre problemas?	O Sí	O No

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

¿Su hijo está aprendiendo cosas nuevas?	O Sí	O No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo algo que le gusta hacer?	O Sí	O No
¿Anima a otros miembros de la familia y cuidadores a ser consistentes, pacientes y calmos con su hijo?	O Sí	O No
¿Le muestra a su hijo cómo ser físicamente activo todos los días jugando y siendo activo con él?	O Sí	O No
¿Su hijo juega con otros niños?	O Sí	O No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	

EL HABLA Y SU HIJO

¿Su hijo tiene maneras de decirle lo que quiere?	O Sí	O No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	O Sí	O No
¿Le da a su hijo suficiente tiempo para responder?	O Sí	O No
¿Canta usted canciones y habla con su hijo sobre las cosas que hacen juntos?	O Sí	O No
¿Le lee a su hijo o mira libros juntos todos los días?	O Sí	O No

APRENDER A IR AL BAÑO

¿Está su hijo interesado en usar el baño?	O Sí	O No
¿Su hijo le dice cuándo tiene una evacuación intestinal?	O Sí	O No
¿Se mantiene seco su hijo durante aproximadamente 2 horas seguidas?	O Sí	O No
¿Sabe su hijo la diferencia entre estar mojado y estar seco?	O Sí	O No
¿Ayuda a su hijo a lavarse las manos después de ir al baño?	O Sí	O No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Se encuentra su hijo 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
¿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
Seguridad al aire libre		
¿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
¿Vive cerca de alguna piscina, jacuzzi o spa?	O No	O Sí

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

VISITA MÉDICA DEL 2 AÑO

SEGURIDAD *(CONTINUACIÓN)*

Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	○ No	○ Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	○ Sí	○ No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	○ 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: 2 Year Visit*

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

Well Child | 2 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
- Plays alongside other children
- Takes off some clothing
- Scoops well with spoon

☐ VERBAL LANGUAGE
- Uses 50 words
- Combines 2 words into phrase or sentence
- Follows 2-step command
- Uses words that are 50% intelligible to strangers

☐ GROSS MOTOR
- Kicks ball
- Jumps off ground with 2 feet
- Runs with coordination
- Climbs up a ladder at a playground

☐ FINE MOTOR
- Stacks objects
- Turns book pages
- Uses hands to turn objects (eg, knobs, toys, lids)

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 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 and running for age. Follows commands, scribbles, and is social. Communicates with words.**

_____

☐ **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

☐ **SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**
- Intimate partner violence
- Living situation and food security
- Tobacco, alcohol, and drug use
- Parental well-being

☐ **TOILET TRAINING**
- Techniques
- Personal hygiene

☐ **TEMPERAMENT AND BEHAVIOR**
- Development
- Temperament
- Promotion of physical activity and safe play
- Limits on media use

☐ **ASSESSMENT OF LANGUAGE DEVELOPMENT**
- How child communicates and expectations for language
- Promotion of reading

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Outdoor safety
- Gun safety

PLAN

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

Universal Screening:

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

☐ Lead (Medicaid or high prevalence area): ☐ Pending/sent to lab Result: ☐ Within reference range ☐ Elevated: _____

Follow-up: _____

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

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

☐ Anemia ☐ BP ☐ Dyslipidemia ☐ Hearing ☐ Lead (non-Medicaid or low prevalence area) ☐ Oral health ☐ Tuberculosis ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 2½ 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 2 AÑO

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

CÓMO ESTÁ SU FAMILIA

- Tómese un tiempo para usted y su pareja.
- Manténgase en contacto con sus amigos.
- Dedique tiempo a las actividades familiares. Pase tiempo con cada hijo.
- Enséñele a su hijo a no pegar, morder, o lastimar a otras personas. Sea un modelo a seguir.
- Si se siente insegura en su hogar o alguien la ha lastimado, avísenos. Las líneas directas y recursos comunitarios también pueden proporcionar asistencia confidencial.
- No fume ni utilice cigarrillos electrónicos. No fume en su hogar ni en el automóvil. Los espacios libres de tabaco mantienen saludables a los niños.
- No consuma alcohol ni drogas.
- Acepte ayuda de su familia y de sus amigos.
- Si le preocupan sus condiciones de vida o alimenticias, busque ayuda. Las agencias y programas comunitarios como WIC y SNAP pueden brindar información y asistencia.

EL HABLA Y SU HIJO

- Utilice lenguaje claro y simple con su hijo. No le hable como bebé.
- Hable despacio y recuerde que su hijo puede tardar en responder. Su hijo debería ser capaz de seguir instrucciones simples.
- Léale a su hijo todos los días. A su hijo quizás le encante escuchar la misma historia una y otra vez.
- Hable de las imágenes de los libros y descríbalas.
- Hable acerca de las cosas que ven y escuchan cuando están juntos.
- Pídale a su hijo que señale las cosas mientras usted lee.
- Detenga el cuento y deje que su hijo haga el sonido de un animal o termine una parte del cuento.

EL COMPORTAMIENTO DE SU HIJO

- Hágale un cumplido a su hijo cuando haga lo que usted le pidió.
- Escuche a su hijo y trátelo con respeto. Espere que los demás también lo hagan.
- Ayude a su hijo a hablar de sus sentimientos.
- Observe cómo responde ante nuevas personas y situaciones.
- Lean, hablen, canten, y exploren juntos. Estas son las mejores actividades para ayudar a los niños a aprender.
- Reduzca el uso de la televisión, tableta y smartphone a no más de 1 hora de programas de alta calidad por día.
  - Para los niños, es mejor jugar que mirar televisión.
  - Incentive a su hijo a jugar hasta 60 minutos por día.
- Evite encender la televisión durante las comidas. En cambio, hablen.

APRENDER A IR AL BAÑO

- Comience a enseñarle a su hija a ir al baño cuando esté lista. 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
- Organice recreos para ir al baño a menudo. Los niños van al baño hasta 10 veces por día.
- Enséñele a su hija a lavarse las manos luego de usar el baño.
- Limpie la bacinica después de cada uso.
- Lleve a su hija a elegir su ropa interior cuando ella se sienta lista.

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 DEL 2 AÑO: 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. Una vez que su hijo alcance esos límites, es momento de cambiar el asiento y orientarlo hacia adelante.
- Asegúrese de que el asiento de seguridad para el automóvil esté instalado correctamente en el asiento trasero. El cinturón del arnés debería ajustarse al pecho de su hijo.
- Los niños observan lo que usted hace. Todos deberían usar cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro.
- Nunca deje solo a su hijo en la casa o en el jardín, especialmente cerca de autos o de maquinaria, sin un adulto responsable a cargo.
- Cuando saque el automóvil del garaje o esté conduciendo en el estacionamiento, asegúrese de que otro adulto sostenga a su hijo a una distancia segura para que no se atraviese en el camino de su automóvil.
- Haga que su hijo use un casco que le ajuste bien cuando ande en bicicleta y en triciclo.
- 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 2½ AÑO DEL NIÑO

Hablaremos sobre:

- Crear rutinas familiares
- Apoyar el habla de su hijo
- Llevarse bien con los niños
- Prepararse para el jardín infantil
- 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: 2 Year Visit (Parent)*

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

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