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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. 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 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.

- ☐ Mantenerse despierto durante un corto tiempo para alimentarse.
- ☐ Hacer un breve contacto visual con un adulto cuando se lo sostiene en brazos.
- ☐ Llorar cuando se siente incómoda.
- ☐ Calmarse con la voz de un adulto.
- ☐ Levantarse y girar la cabeza hacia un lado brevemente cuando esté boca abajo.
- ☐ Mover los brazos y las piernas al mismo tiempo cuando se asusta.
- ☐ Mantener sus manos cerradas en puño.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su bebé?	○ No	○ Sí	○ 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?	○ 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
Asistencia familiar		
¿Busca en Internet para aprender a cuidar a su bebé?	○ No	○ Sí

CONOCER A SU BEBÉ

Cómo se siente			
¿Duerme cuando el bebé duerme?		○ Sí	○ No
¿Su pareja u otros miembros de la familia ayudan con el bebé?		○ Sí	○ No
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con ellos?	○ N/C	○ Sí	○ No

CUIDADOS DEL BEBÉ

¿Le lee a su bebé?	○ Sí	○ No
¿Hay algún televisor, computadora, tableta o smartphone de fondo cuando el bebé se encuentra en la habitación?	○ No	○ Sí
¿Es capaz su bebé de despertarse completamente para alimentarse?	○ Sí	○ No
¿Tiene preguntas sobre cómo calmar a su bebé?	○ No	○ Sí
Cuándo llamar a su médico/planificación de emergencia		
¿Sabe tomar la temperatura rectal del bebé?	○ Sí	○ No
¿Tiene una lista de números de teléfono de emergencia?	○ Sí	○ No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo llevar a su bebé a lugares públicos?	○ No	○ Sí

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general		
¿Se alimenta bien su bebé?	○ Sí	○ No
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo está creciendo su bebé?	○ No	○ Sí
¿Tiene problemas para hacer eructar a su bebé?	○ Sí	○ No
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	○ Sí	○ No
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	○ Sí	○ No
¿Tiene su bebé 5 o 6 pañales desechables mojados (o 6-8 pañales de tela) y 3 o 4 deposiciones al día?	○ Sí	○ No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

ALIMENTAR AL BEBÉ (*CONTINUACIÓN*)

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
¿Ha comenzado a desarrollar hábitos que le ayudarán a evitar que se olvide de su bebé en el auto?	O Sí	O No
¿Está su calentador de agua ajustado de manera que la temperatura en el grifo sea de 120 °F/49 °C o inferior?	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

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: First Week Visit (3 To 5 Days)*

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

Well Child | First Week Visit (3 to 5 Days)

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

Weight (%):	Length (%):	HC (%):	ID Number:

Vitals (*if indicated*): Temp:	HR:	Resp Rate:	SpO_2:	Birth Date:	Age:	Sex: M F

HISTORY

Concerns and Questions: ☐ 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

Birth History: ☐ Full-term ☐ Preterm: ____weeks ☐ Post-term: ____weeks

☐ Vaginal ☐ Cesarean Apgar (1 min/5 min/10 min): _____/_____/_____

Birth weight: _____ Discharge weight: _____

Percent weight loss since birth: _____

Newborn hearing screening: ☐ Passed BL ☐ Referred: _____ ☐ Not done

Newborn blood screening: Collected: _____/_____/_____ ☐ Not done

CCHD screening: ☐ Passed ☐ Referred: _____ ☐ Not done

Blood type: Maternal: _____ Infant: _____

Coombs test/DAT: ☐ Pos ☐ Neg ☐ NA

Bilirubin screening: _____ ☐ Not done

Birth History (*continued*):

Maternal lab tests: Hep B: ☐ Pos ☐ Neg ☐ Unk

HIV: ☐ Pos ☐ Neg ☐ Unk

GBS: ☐ Pos ☐ Neg ☐ Unk

Prophylaxis: ☐ Adequate ☐ Inadequate ☐ NA

Hep B vaccine: Given: _____/_____/_____ ☐ Not given

Vitamin K: ☐ Given ☐ Declined Erythromycin: ☐ Given ☐ Declined

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

SAMPLE
For Review and Reference Only

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

Caregiver concerns about development: ☐ None ☐ Yes: _____

☐ SOCIAL LANGUAGE AND SELF-HELP
- Makes brief eye contact

☐ VERBAL LANGUAGE
- Cries with discomfort
- Calms to adult voice

☐ GROSS MOTOR
- Reflexively moves arms and legs
- Turns head to side when on stomach

☐ FINE MOTOR
- Holds fingers closed
- Grasps reflexively

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

Smoking household: ☐ No ☐ Yes: _____

Parent adjustment to new infant: _____

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: _____

Eyes: _____

Head, Ears, Nose, and Throat: _____

Cardiovascular: _____

Respiratory: _____

Gastrointestinal: _____

Genitourinary: _____

Musculoskeletal: _____

Skin: _____

Neurological: _____

Other: _____

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. No congenital anomalies or dysmorphic features.** _____

☐ **Head: Normocephalic and atraumatic. Normal sutures. 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: Normal external ears, no pits or tags, nares patent, and palate intact.

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

☐ **Heart:** Regular rate and rhythm. **No murmur. Equal symmetrical femoral and upper extremity pulses.** _____

☐ Respiratory: Breath sounds clear bilaterally. Comfortable work of breathing without retractions. _____

☐ **Abdomen:** Soft, with **no palpable masses. Well-appearing dry umbilical stump.** _____

☐ **Genitourinary:**

- ☐ **Normal female external genitalia.** No significant labial swelling. _____
- ☐ Normal male external genitalia, with **testes palpable in scrotum bilaterally.** _____

☐ **Musculoskeletal: Spine straight without dimples, sinus tracts, or hair tufts. Clavicles intact. Negative Ortolani and Barlow maneuvers.**
_____

☐ **Neurological: Moves all extremities equally. Normal posture and tone. Normal neonatal reflexes.** _____

☐ **Skin:** Warm and well perfused. **No rashes or jaundice.** No birthmarks or lesions. _____

Other comments: _____

ASSESSMENT

☐ Well child ☐ Normal interval growth (See growth chart.) ☐ Age-appropriate development

SAMPLE
For Review and Reference Only

Well Child | First Week Visit (3 to 5 Days)

Name: _____

ANTICIPATORY GUIDANCE

☑ Discussed and/or handout given

☐ **SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**
- Living situation and food security
- Environmental tobacco exposure
- Family support

☐ **PARENT AND FAMILY HEALTH**
- Transition home and sibling adjustment

☐ **NUTRITION AND FEEDING**
- General feeding guidance
- Breast/formula-feeding guidance

☐ **NEWBORN BEHAVIOR AND CARE**
- Early brain development; calming
- When to call; CPR; illness prevention

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Safe sleep
- Heatstroke prevention
- Burn prevention

PLAN

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

Universal Screening:

Newborn blood screening: Result: ☐ Pending ☐ 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 1 month ☐ 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 DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS)

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.
- 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.
- Acepte ayuda de su familia de sus amigos.

ALIMENTAR AL BEBÉ

- Alimente al bebé solo con leche materna o leche maternizada fortificada con hierro 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.
- Sujete al bebé de manera que puedan mirarse mientras lo alimenta.
- Siempre sujete el biberón. Nunca lo apoye en algo.

Si lo amamanta

- Alimente a su bebé cuando él lo pida. Espere al menos entre 8 y 12 comidas al día.
- Un especialista en lactancia puede darle información y apoyo acerca de cómo amamantar a su bebé y hacer que usted se sienta más cómoda.
- Comience a darle gotas de vitamina D a su bebé (400 IU por día).
- Continúe tomando las vitaminas prenatales con hierro.
- Consuma una dieta saludable; evite los pescados con alto contenido de mercurio.

Si lo alimenta con leche maternizada

- Ofrézcale a su bebé 2 oz de leche maternizada cada 2 o 3 horas. Si aún tiene hambre, ofrézcale más.

CÓMO SE SIENTE

- Trate de dormir o descansar cuando su bebé duerma.
- Pase tiempo con sus otros hijos.
- Mantenga rutinas para ayudar a su familia a adaptarse al nuevo bebé.

CUIDADO DEL BEBÉ

- Cántele, háblele, y léale a su bebé; evite la televisión y los medios digitales.
- Ayude a su bebé a despertarse para alimentarla dándole palmaditas, cambiándole el pañal, y desvistiéndola.
- Calme a su bebé acariciándole la cabeza o meciéndola suavemente.
- *Nunca golpee ni sacuda a su bebé.*
- Tome la temperatura de su bebé con un termómetro rectal, no por la oreja o la piel; la fiebre es una temperatura rectal de 100.4 °F/38.0 °C en adelante. Llámenos en cualquier momento si tiene alguna consulta o inquietud.
- Haga planes de emergencias: tenga un botiquín, tome clases de primeros auxilios y de RCP infantil, y haga una lista de números de teléfono.
- Lávese las manos a menudo.
- Evite las multitudes y no permita que otras personas toquen a su bebé sin lavarse las manos.
- Evite la exposición al sol.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles

Línea de Ayuda para Dejar de Fumar: 800-784-8669 | 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 DE LA PRIMERA SEMANA (ENTRE 3 Y 5 DÍAS): PADRES

SEGURIDAD

- Utilice el asiento de seguridad orientado hacia atrás en el asiento trasero de todos los vehículos.
- 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.
- Nunca deje a su bebé solo en el auto. Comience hábitos para evitar olvidarse de su bebé en el auto, como dejar su teléfono celular en el asiento trasero.
- 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.
- Si elige utilizar un corralito de red, consiga uno fabricado después del 28 de febrero de 2013.
- Solo se puede envolver a los bebés si tienen menos de 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.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DE 1 MES DEL BEBÉ

Hablaremos sobre:

- Cuidar al bebé, a su familia y a usted
- Mejorar su salud y recuperación
- Alimentar a su bebé y verla crecer
- Cuidar y proteger a su 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: First Week Visit (3 to 5 Days) (Parent)*

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

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