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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 3 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. 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.

- ☐ Ir al baño y orinar sola.
- ☐ Ponerse un abrigo, una chaqueta o una camisa él solo.
- ☐ Comer sola.
- ☐ Comenzar a jugar a fingir.
- ☐ Jugar y compartir con los demás.
- ☐ Usar oraciones de 3 palabras.
- ☐ Hablar para que los extraños puedan entender el 75% de lo que dice.
- ☐ Contarle una historia de un libro o la televisión.
- ☐ Comparar las cosas usando palabras como *más grande* y *más corto*.
- ☐ Comprender preposiciones simples, como *sobre* o *debajo*.
- ☐ Pedalear un triciclo.
- ☐ Subirse y bajarse de un sofá o de una silla.
- ☐ Saltar hacia adelante.
- ☐ Dibuja un círculo simple.
- ☐ Dibujar a una persona con la cabeza y otra parte del cuerpo.
- ☐ Cortar con tijeras para niños.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 3 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
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

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	○ Sí	○ No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, pintura o yeso que se descascara, moho o humedad?	○ No	○ Sí
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
Alcohol y drogas		
¿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
Interacciones familiares positivas		
¿Son los miembros de su familia cariñosos y afectuosos entre sí?	○ Sí	○ No
¿Usted felicita a su hijo cuando se comporta bien?	○ Sí	○ No
¿Tiene maneras de manejar la ira de manera constructiva y resolver disputas en su familia?	○ Sí	○ No
¿Todos los que cuidan a su hijo establecen los mismos límites para él?	○ Sí	○ No
¿Permite que su hijo tome decisiones, como qué ropa ponerse o qué libros leer?	○ Sí	○ No
¿Utiliza usted palabras sencillas cuando le hace una pregunta a su hijo o le dice qué hacer?	○ Sí	○ No
Cuidarse		
¿Se toma tiempo para usted?	○ Sí	○ No
¿Siente que es capaz de equilibrar la familia y el trabajo?	○ Sí	○ No
¿Pasa tiempo a solas con su pareja?	○ Sí	○ No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 3 AÑO

JUGAR CON HERMANOS Y COMPAÑEROS

¿Participa su hijo en juegos de fantasía con muñecas, animales de juguete o bloques?		O Sí	O No
¿Pasa tiempo a solas con su hijo haciendo cosas que ambos disfrutan?		O Sí	O No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños (por ejemplo, en citas de juego y en el preescolar)?		O Sí	O No
Cuando su hijo juega con otros niños, ¿lo ayuda a aprender a turnarse?		O Sí	O No
Si tiene otros hijos, ¿se llevan bien entre ellos?	O N/C	O Sí	O No
¿Está esperando o pensando en tener otro hijo?		O No	O Sí

LEER Y HABLAR CON SU HIJO

¿Lee, canta canciones o juega juegos de palabras con su hijo todos los días?	O Sí	O No
Cuando leen juntos, ¿le hacen preguntas a su hijo sobre los dibujos o la historia del libro?	O Sí	O No
¿Anima a su hijo a que le hable de su día?	O Sí	O No
¿Su familia habla más de un idioma en casa?	O No	O Sí

COMER BIEN Y SER ACTIVO

Alimentos nutritivos		
¿Bebe agua todos los días?	O Sí	O No
¿Cuántas onzas de leche bebe su hijo la mayoría de los días?	_____ onzas	
¿Le ofrece a su hijo una variedad de alimentos, incluyendo vegetales, frutas y alimentos ricos en proteínas, como carne y huevos, pollo o pescado?	O Sí	O No
¿Su hijo está dispuesto a probar nuevos sabores y texturas de alimentos?	O Sí	O No
¿Deja que su hijo decida cuánto comer y cuándo dejar de comer?	O Sí	O No
Promoción de la actividad física y limitación de la televisión		
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	O Sí	O No
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	O Sí	O No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo adolescente todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphones?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	O No	O Sí
¿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

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil y en el hogar		
¿Su hijo se encuentra 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
¿Tiene algún problema con el asiento para niños?	O No	O Sí
¿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
¿Corta alimentos como uvas y perros calientes en trozos pequeños para evitar ahogarse?	O Sí	O No
¿Juega su hijo en una entrada o cerca de la calle?	O No	O Sí
¿Mantiene los muebles alejados de las ventanas y usa protectores de ventanas operables en las ventanas del segundo piso y superiores? (Operable significa que, en caso de emergencia, un adulto puede abrir la ventana).	O Sí	O No
Seguridad en el agua		
¿Hay piscinas cerca de su casa?	O No	O Sí
¿Se mantiene siempre al alcance de la mano de su hijo cuando está en el agua o cerca de ella?	O Sí	O No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	O Sí	O No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	O No	O Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	O Sí	O No

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

Well Child | 3 Year Visit

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

Weight (%):	Height (%):	BMI (%):	BP (%):	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: _____

Juice: ☐ No ☐ Yes: _____

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
- Goes to the bathroom and urinates by self
- Plays and shares with others
- Puts on coat, jacket, or shirt by self
- Begins to play make-believe
- Eats independently

☐ VERBAL LANGUAGE
- Uses 3-word sentences
- Uses words that are 75% intelligible to strangers
- Understands simple prepositions (eg, *on, under*)
- Tells a story from a book or TV
- Compares things using words such as *bigger* or *shorter*

☐ GROSS MOTOR
- Pedals tricycle
- Climbs on and off couch or chair
- Jumps forward

☐ FINE MOTOR
- Draws a single circle
- Draws a person with head and one other body part
- Cuts with child scissors

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: _____

Parent-child interaction: Communication: ☐ NL _____ Cooperation: ☐ NL _____

Choices: ☐ NL _____ Appropriate responses to behavior: ☐ NL _____

Parents working outside home: ☐ One parent ☐ Both parents Child care: ☐ No ☐ Yes Type: _____

Preschool: ☐ 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. Normal BMI and BP 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. **Speech clear and appropriate language for age.**

_____

☐ **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 BMI percentile for age ☐ Normal BP percentile for age

☐ 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
- Tobacco, alcohol, and drug use
- Positive family interactions
- Work-life balance

☐ **PLAYING WITH SIBLINGS AND PEERS**
- Play opportunities and interactive games
- Sibling relationships

☐ **ENCOURAGING LITERACY ACTIVITIES**
- Reading, talking, and singing together
- Language development

☐ **PROMOTING HEALTHY NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY**
- Water, milk, and juice
- Nutritious foods
- Competence in motor skills and limits on inactivity

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Choking prevention
- Pedestrian safety and falls from windows
- Water safety
- Pets
- Gun safety

PLAN

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

Universal Screening:

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

☐ Vision: Result: ☐ Unable to complete ☐ Normal vision for age ☐ Abnormal: _____

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

☐ Anemia ☐ Hearing ☐ Lead ☐ Oral health ☐ Tuberculosis

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 4 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

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 3 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: 3 Year Visit*

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

HOJAS INFORMATIVAS DE BRIGHT FUTURES ▶**PADRES**

VISITA MÉDICA DEL 3 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 para estar con su pareja.
- Manténgase en contacto con sus amigos, con sus intereses personales y sus trabajos.
- Organicen momentos para jugar y para comer juntos como familia habitualmente.
- Abrace a su hijo. Demuéstrele a su hijo cuánto lo ama.
- Muéstrele cómo controlar bien la ira; pasando tiempo solo, manteniendo una conversación respetuosa, o siento activo. No golpear, morder, ni pelear de inmediato.
- Bríndele a su hijo la oportunidad de tomar decisiones.
- 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.
- 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.

COMER BIEN Y SER ACTIVO

- Dele a su hija entre 16 y 24 oz de leche por día.
- Reduzca el jugo. No es necesario. Si elige servir jugo, no ofrezca más de 4 oz por día de jugo 100% natural y siempre sírvalo con una comida.
- Deje que su hija beba agua fría si tiene sed.
- Ofrezca una variedad de alimentos y bocadillos saludables, especialmente vegetales frutas, y proteína magra.
- Deje que su hija decida cuánto comer.
- Asegúrese de que su hija es activa en su casa, en el jardín infantil o en la guardería.
- Sin contar la hora de dormir, los niños no deberían estar inactivos por más de una hora a la vez.
- Sean activos como familia.
- 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.
- No coloque un televisor, computadora, tableta o smartphone en la habitación de su hijo.
- 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.

JUGAR CON OTROS

- Ofrézcale a su hijo una variedad de juguetes, desde disfraces, juegos de imaginación e imitación.
- Asegúrese de que su hijo tenga la oportunidad de jugar con otros niños de su edad a menudo. Jugar con niños de su edad ayuda a su hijo a prepararse para la escuela.
- Ayude a su hijo a aprender a turnarse cuando juega con otros niños.

LEER Y HABLAR CON SU HIJO

- Lea libros, cante, y juegue juegos con rimas con su hijo todos los días.
- Utilice libros como una forma de hablar juntos. Leer juntos y hablar acerca de la historia y las imágenes de un cuento ayuda a su hijo a aprender a leer.
- Busque formas de practicar la lectura en todos los lugares a los que vaya, como en las señales de alto, o las marcas y los letreros de una tienda.
- Hágale preguntas a su hijo acerca de la historia o las imágenes en los libros. Pídale que le cuente una parte de la historia.
- Hágale preguntas específicas acerca de su día, sus amigos y sus actividades.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles

Línea de Ayuda para Dejar de Fumar: 800-784-8669 | 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 3 AÑO: PADRES

SEGURIDAD

- Continúe utilizando un asiento de seguridad para el automóvil que esté instalado correctamente en el asiento trasero. El lugar más seguro es uno con un arnés de 5 puntos, no un asiento elevado.
- Evite el ahogamiento. Corte la comida en pedazos pequeños.
- Supervise todos los juegos al aire libre, especialmente cerca de las calles y estacionamientos.
- Nunca deje a su hija sola en el automóvil, en la casa o en el jardín.
- Tenga a su hija al alcance de su mano cuando esté cerca o adentro del agua. Siempre debería utilizar un chaleco salvavidas cuando esté en un bote.
- Enséñele a su hija a preguntar si puede acariciar a un perro o a otro animal antes de tocarlo.
- Si es necesario tener un arma en su casa, guárdela descargada y bajo llave, con las municiones bajo llave en otro lugar.
- Pregunte si hay armas en las casas en las que juega su hija. De ser así, asegúrese de que están guardadas de forma segura.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO DEL NIÑO

Hablaremos sobre:

- Cuidar al niño, a su familia y a usted
- Prepararse para la escuela
- Comer saludable
- Promover la actividad física y reducir el tiempo frente a la televisión
- 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: 3 Year Visit (Parent)*

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

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