NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 4 MES

Bright Futures™

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.

- ☐ Reírse en voz alta.
- ☐ Buscarlo a usted o a otro cuidador cuando está molesto.
- ☐ Voltearse hacia las voces.
- ☐ Hacer sonidos de arrullo prolongados.
- ☐ Sostenerse sobre sus codos y muñecas cuando esté boca abajo.
- ☐ Voltearse de boca abajo a boca arriba.
- ☐ Mantener sus manos abiertas, no cerradas en puño.
- ☐ Jugar con sus dedos.
- ☐ Agarrar objetos.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 4 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿Su bebé está tomando algo que no sea leche materna o fórmula fortificada con hierro?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
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

Situación de vida		
¿Está usted o cualquier otra persona en su casa expuesta a sustancias nocivas, como el plomo? Esto puede ocurrir en un entorno de trabajo como la construcción, la agricultura o el trabajo en fábricas.	O No	O Sí
Relaciones familiares y apoyo		
¿Tiene a alguien a quien recurrir cuando surgen problemas?	O Sí	O No
¿Han podido usted y su pareja encontrar tiempo a solas? O N/C	O Sí	O No
Si tiene otros hijos, ¿puede pasar tiempo con cada uno de ellos a solas?	O Sí	O No
¿Ha regresado al trabajo o a la escuela o planea hacerlo?	O No	O Sí
Si es así, ¿ha podido encontrar a alguien que cuide a su bebé?	O Sí	O No
¿Recibe un informe diario de las actividades de su bebé de su cuidador? Puede incluir la alimentación, la eliminación, el sueño, y tiempo de juego.	O Sí	O No

CUIDADOS DEL BEBÉ

Los cambios de su bebé		
¿Puede 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
¿Está empezando a entender lo que le gusta y lo que no le gusta a su bebé?	O Sí	O No
¿Tiene una rutina diaria para la alimentación, las siestas y la hora de acostarse?	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
¿Su bebé ve la televisión o juega en una tableta o en un smartphone? Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo al día? _____ horas	O No	O Sí
¿Coloca al bebé boca abajo durante períodos cortos cuando está despierto y con usted?	O Sí	O No
¿Disfrutan usted y su bebé de actividades tranquilas, como leer, cantar o dar paseos al aire libre?	O Sí	O No

DIENTES SALUDABLES

Cuidar sus dientes		
¿Ve regularmente al dentista y se cepilla los dientes y se pasa el hilo dental?	O Sí	O No
Cuidar los dientes de su bebé		
¿Su bebé muestra signos de dentición, como babeo?	O No	O Sí
¿Deja que su bebé tenga un biberón en la cuna?	O No	O Sí
¿Tiene alguna pregunta sobre cómo limpiar las encías o los dientes de su bebé?	O No	O Sí

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general		
¿Está alimentando a su bebé con otro producto que no sea leche materna o fórmula?	O No	O Sí
¿Se siente cómoda esperando hasta que su bebé tenga unos 6 meses para comenzar a introducir alimentos sólidos?	O Sí	O No

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 4 MES

ALIMENTAR AL BEBÉ (*CONTINUACIÓN*)

Información general (*continuación*)		
¿Sabe cuándo tiene hambre el bebé?	O Sí	O No
¿Sabe cuándo está lleno el bebé?	O Sí	O No
Si está amamantando, responda estas preguntas.		
¿Todavía está dando gotas de vitamina D al bebé?	O Sí	O No
¿Toma suplementos, hierbas, vitaminas o medicamentos?	O No	O Sí
¿Tiene preguntas sobre cómo extraer y almacenar la leche materna?	O No	O Sí
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 preguntas 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 alguna pregunta sobre qué hacer cuando su bebé supere el tamaño de su asiento de seguridad actual?	O No	O Sí
¿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
¿Alguna vez bebe o transporta líquidos calientes (como té o café) cuando sostiene a su bebé?	O No	O Sí
¿Coloca siempre una mano sobre el bebé cuando le cambia los pañales o la ropa sobre el cambiador, el sofá o la cama?	O Sí	O No
Dormir de manera segura		
¿Tiene alguna dificultad para hacer que su bebé duerma boca arriba?	O No	O Sí
¿Ha movido el colchón de su cuna a la posición más baja para evitar caídas?	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.

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: 4 Month Visit*

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

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

Well Child | 4 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.)

Current Medications: ☐ None

Allergies: ☐ No known drug allergies

Nutrition:

☐ Breast milk: 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: _____

Solids: ☐ Not yet started

Giving: _____

Elimination: ☐ Regular soft stools

_____

Sleep: ☐ Normal pattern ☐ On back ☐ Safe sleep surface

Behavior: ☐ No concerns

Activity (tummy time): ☐ 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
- Laughs aloud

☐ VERBAL LANGUAGE
- Turns to voice
- Vocalizes with extended cooing

☐ GROSS MOTOR
- Rolls over prone to supine
- Supports on elbows and wrists in prone

☐ FINE MOTOR
- Keeps hands unfisted
- Plays with fingers in midline
- Grasps object

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. **No leg length discrepancy, thigh folds symmetrical, and normal hip abduction.** _____

☐ **Neurological: Moves all extremities symmetrically. Normal strength and tone. Decreasing infant reflexes.** _____

☐ **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**
- Environmental risk: lead
- Family relationships and support
- Child care

☐ **ORAL HEALTH**
- Maternal oral health
- Teething and drooling
- Good oral hygiene

☐ **NUTRITION AND FEEDING**
- General guidance on feeding
- Feeding choices
- Delaying solid foods
- Breastfeeding or formula-feeding guidance
- Supplements and over-the-counter medications

☐ **INFANT BEHAVIOR AND DEVELOPMENT**
- Infant self-calming
- Parent-infant communication
- Consistent daily routines
- Media
- Playtime

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Safe sleep
- Safe home environment

PLAN

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

Universal Screening:

☐ Maternal depression: Screening tool used: _____ Result: ☐ Neg ☐ Pos: _____

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

☐ BP ☐ Anemia ☐ Hearing ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 6 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 4 MES

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

CÓMO ESTÁ SU FAMILIA

- Controle si su hogar o el agua destinada al consumo tienen plomo y tome medidas para deshacerte de él.
  El plomo es tóxico para todos.
- Tómese un tiempo para usted y su pareja. Pase tiempo con su familia y con sus amigos.
- Elija una niñera o cuidador maduro, capacitado y responsable.
- Puede hablar con nosotros acerca de sus elecciones para el cuidado de sus hijos.

ALIMENTAR AL BEBÉ

- Para los bebés de 4 meses de edad, la leche materna y la leche maternizada fortificada con hierro sigue siendo el mejor alimento. Se descartan las comidas sólidas hasta alrededor de los 6 meses de edad.
- Evite alimentar demasiado al bebé siguiendo las señales de saciedad que da el bebé, como
  - Echarse para atrás
  - Apartarse

Si lo amamanta

- Brindarle a su bebé solo leche materna durante los primeros 6 meses de vida proporciona una nutrición ideal. Ayuda a que su bebé crezca y se desarrolle de la mejor forma posible.
- Siéntase orgullosa de usted misma si sigue amamantando. Continúe todo el tiempo que usted y el bebé lo deseen.
- Tenga en cuenta que los bebés de esta edad crecen rápido. Pueden querer amamantarse más a menudo y es normal.
- Si usted se extrae la leche, asegúrese de almacenarla correctamente para que se mantenga segura para su bebé. Podemos darle más información.
- Administre gotas de vitamina D a su bebé (400 IU por día).
- Díganos si está tomando algún medicamento, suplemento, o planta medicinal.

Si lo alimenta con leche maternizada

- Asegúrese de preparar, calentar, y almacenar la leche maternizada de manera segura.
- Alimente a su bebé cuando éste lo pida. Espere que coma entre 30 y 32 oz por día.
- Sujete al bebé de manera que puedan mirarse mientras lo alimenta.
- Siempre sujete el biberón. Nunca lo apoye en algo.
- No le dé un biberón a su bebé mientras está en la cuna.

LOS CAMBIOS DE SU BEBÉ

- Organice rutinas para la hora de comer, la hora de la siesta, y la hora de dormir.
- Calme al bebé con caricias suaves y tranquilizantes cuando esté inquieta.
- Hágase un tiempo para jugar tranquilas.
  - Sostenga a su bebé y hable con ella.
  - Léale a su bebé a menudo.
- Incentive el juego activo.
  - Bríndele un gimnasio para bebés y juguetes coloridos para que sostenga.
  - Ponga a su bebé boca abajo para jugar. No la deje sola cuando esté boca abajo ni deje que duerma así.
- No tenga un televisor de fondo ni utilice un televisor u otros medios digitales para calmar a su bebé.

DIENTES SALUDABLES

- Vaya al dentista dos veces al año. Es importante que mantenga sus dientes saludables para no transmitirle bacterias que causen caries a su bebé.
- No comparta cucharas con el bebé ni utilice su boca para limpiar el chupete.
- Utilice un anillo de dentición frío si a su bebé le duelen las encías por la dentición.
- No deje a su bebé en la cuna con un biberón.
- Limpie las encías y los dientes de su bebé (en cuanto vea el primer diente) dos veces por día con una tela suave o un cepillo de dientes suave y un poco de pasta dental con fluoruro (no más que un grano de arroz).

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 4 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 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.
  - No coloque objetos blandos ni ropa de cama suelta como mantas, almohadas, chichoneras y juguetes en la cuna.
- No utilice una cuna con laterales abatibles.
- Baje el colchón de la cuna.
- Si elige utilizar un corralito de red, consiga uno fabricado después del 28 de febrero de 2013.
- 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.
- Prevenga escaldaduras o quemaduras. No beba bebidas calientes cuando tenga a su bebé en brazos.
- Tenga una mano encima de su bebé cuando se encuentre en cualquier superficie de la cual podría caerse o hacerse daño, tales como el cambiador, el sofá, o la cama.
- Nunca deje a su bebé sola en el agua de la bañera, incluso en un asiento o anillo de baño.
- Mantenga los objetos pequeños, los juguetes pequeños y los globos de látex lejos del bebé.
- No utilice andadores.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 6 MES DEL BEBÉ

Hablaremos sobre:

- Cuidar al bebé, a su familia y a usted
- Enseñarle al bebé y jugar con él
- Cepillar los dientes de su bebé
- Incorporar comida sólida
- Mantener al bebé seguro adentro de la casa, afuera, 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: 4 Month Visit (Parent)*

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

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