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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 4 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 tener una evacuación intestinal por sí mismo.
- ☐ Vestirse y desvestirse sin demasiada ayuda.
- ☐ Jugar a fingir.
- ☐ Responder a preguntas como "¿Qué haces cuando tienes frío?" y "¿Cuándo tienes sueño?".
- ☐ Usar oraciones de 4 palabras.
- ☐ Hablar para que los extraños puedan entender el 100% de lo que ella dice.
- ☐ Hacer dibujos que usted reconozca.
- ☐ Seguir reglas simples cuando juega juegos de mesa o cartas.
- ☐ Contarle una historia de un libro.
- ☐ Saltar con un solo pie.
- ☐ Subir las escaleras, usando un pie, luego el otro, sin apoyo.
- ☐ Dibujar a una persona con al menos 3 partes del cuerpo.
- ☐ Dibujar una simple cruz.
- ☐ Desabotonar y abotonar botones de tamaño medio.
- ☐ Agarrar un lápiz con el pulgar y los dedos en lugar del puño.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 4 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
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		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	○ No	○ Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	○ 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
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
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
Seguridad en la comunidad		
¿Se siente seguro en su comunidad?	○ Sí	○ No
¿Usted tiene a alguien a quien pueda acudir si le preocupa la seguridad de su hijo?	○ Sí	○ No
¿Usted tiene relación con su comunidad a través de grupos religiosos, organizaciones de voluntarios o programas recreativos?	○ Sí	○ No
¿Pasa tiempo con los padres de otros niños de su comunidad?	○ Sí	○ No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

PREPARARSE PARA LA ESCUELA

Comprensión y fluidez del lenguaje		
¿Su hijo comunica claramente sus deseos y necesidades a usted y a los demás?	O Sí	O No
¿Responde usted a las preguntas de su hijo con respuestas cortas y sencillas?	O Sí	O No
¿Le da tiempo suficiente a su hijo para contar un cuento o responder a una pregunta?	O Sí	O No
¿Hablan, cantan y leen juntos todos los días?	O Sí	O No
Sentimientos		
¿Es su hijo generalmente feliz y activo?	O Sí	O No
¿Ayuda a su hijo a decir "lo siento" por herir los sentimientos de los demás?	O Sí	O No
Oportunidades para socializar con otros niños		
¿Está su hijo interesado en otros niños?	O Sí	O No
¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños en grupos de juego o en el preescolar?	O Sí	O No
¿Tiene su hijo un mejor amigo?	O Sí	O No
¿Felicita a su hijo cuando es bueno o ha terminado una tarea?	O Sí	O No
Programas de infancia temprana y preescolar		
¿Asiste su hijo al preescolar?	O Sí	O No
¿Está contento con los arreglos de cuidado de niños o preescolar?	O Sí	O No
¿Visita usted el preescolar de su hijo y participa en actividades allí?	O Sí	O No
Preparación para la escuela		
¿Tiene alguna preocupación acerca de que su hijo comience la escuela el próximo año?	O No	O Sí
¿Está haciendo algo para preparar a su hijo para el preescolar? Esto podría incluir leer juntos e ir a la biblioteca, al parque, al zoológico y a otros lugares.	O Sí	O No

HÁBITOS SALUDABLES

Nutrición		
¿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
Rutinas diarias que promueven la salud		
¿Su hijo duerme bien?	O Sí	O No
¿Tiene rutinas regulares para acostarse y comer?	O Sí	O No
¿Cepilla los dientes de su hijo dos veces al día con una cantidad del tamaño de un guisante de pasta dental fluorada?	O Sí	O No

LIMITAR LA TELEVISIÓN Y PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA

¿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
¿Juega su hijo activamente durante al menos 1 hora al día?	O Sí	O No
¿Su hijo juega con otros niños?	O Sí	O No
¿Están físicamente activos juntos como una familia, como salir a caminar o jugar en el parque?	O Sí	O No

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 4 AÑO

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo está bien sujeto en un asiento de seguridad para automóvil o en un asiento elevado con cinturón de seguridad en el asiento trasero cada vez que viaja en un vehículo?	○ Sí	○ 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?	○ Sí	○ No
Seguridad al aire libre		
¿Usted vigila de cerca a su hijo cuando juega afuera, especialmente cerca de las calles y los caminos de entrada?	○ Sí	○ No
¿Hay piscinas en su vecindario?	○ No	○ Sí
¿Está planeando que su hijo aprenda a nadar?	○ Sí	○ No
¿Siempre usa su hijo un chaleco salvavidas aprobado por el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos cuando está en un barco?	○ Sí	○ No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	○ Sí	○ No
Mascotas		
¿Tiene una mascota?	○ No	○ Sí
¿Le ha enseñado a su hijo cómo comportarse con los animales para que no sea mordido o arañado?	○ Sí	○ No
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: 4 Year Visit*

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

Well Child | 4 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: 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 has bowel movement by self
- Dresses and undresses without much help
- Plays make-believe

☐ VERBAL LANGUAGE
- Uses 4-word sentences
- Uses words that are 100% intelligible to strangers
- Answers questions
- Tells a story from a book

☐ GROSS MOTOR
- Climbs stairs, alternating feet without support
- Skips on one foot

☐ FINE MOTOR
- Draws a person with at least 3 body parts
- Draws a simple cross
- Unbuttons and buttons medium-sized buttons
- Grasps a pencil with thumb and fingers instead of fist
- Draws recognizable pictures

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: _____

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:** Well-appearing child. **Normal interval growth. Normal BMI and BP for age.** _____

☐ Head: Normocephalic and atraumatic. _____

☐ **Eyes: 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 visible decay **or white spots. No 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 fluent without articulation difficulties. Fine motor skills appropriate for age.**

_____

☐ **Skin:** Warm and well perfused. **No rashes or bruising.** No atypical nevi or birthmarks. _____

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
- Intimate partner violence
- Safety in the community
- Engagement in the community

☐ **DEVELOPING HEALTHY NUTRITION AND PERSONAL HABITS**
- Water, milk, and juice
- Nutritious foods
- Daily routines that promote health

☐ **SCHOOL READINESS**
- Language understanding and fluency
- Feelings
- Opportunities to socialize with other children
- Readiness for structured learning experiences
- Early childhood programs and preschool

☐ **MEDIA USE**
- Limits on use
- Promoting physical activity and safe play

☐ **SAFETY**
- Belt-positioning car booster seats
- Outdoor safety
- Water safety
- Sun protection
- Pets
- Gun safety

PLAN

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

Universal Screening:

☐ Hearing: Result: ☐ Unable to complete ☐ Normal hearing BL ☐ Abnormal: _____

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

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

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

☐ Anemia ☐ Dyslipidemia ☐ Lead ☐ Oral health ☐ Tuberculosis

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 5 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 4 AÑO

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

CÓMO ESTÁ SU FAMILIA

- Manténgase en contacto con su comunidad. Únase a actividades cuando pueda.
- 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.
- 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 se siente insegura en su hogar o alguien la ha lastimado, avísenos. Las líneas directas y las agencias comunitarias también pueden proporcionar asistencia confidencial.
- Enséñele a su hijo cómo estar seguro en la comunidad.
  - Utilice términos correctos para todas las partes del cuerpo cuando su hijo se interese en cómo se diferencian los niños de las niñas.
  - Ningún adulto debería pedirle a un niño que guarde secretos a sus padres.
  - Ningún adulto debería pedir ver las partes privadas de un niño.
  - Ningún adulto debería pedirle ayuda a un niño con las partes privadas del adulto.

PREPARARSE PARA LA ESCUELA

- Dele mucho tiempo a su hijo para terminar oraciones.
- Lean libros juntos todos los días y pregúntele acerca de las historias.
- Lleve a su hijo a la biblioteca y déjelo elegir libros.
- Escuche a su hijo y trátelo con respeto. Insista para que los demás hagan lo mismo.
- Dé el ejemplo pidiendo perdón y ayude a que su hijo haga lo mismo si hiere los sentimientos de alguien.
- Dígale cumplidos a su hijo por ser bueno con los demás.
- Ayude a su hijo a expresar sus sentimientos.
- Dele la oportunidad de jugar con otros a menudo.
- Visite el jardín de su hijo o el programa de cuidado de niños. Involúcrese.
- Pídale a su hijo que le cuente acerca de su día, sus amigos y sus actividades.

HÁBITOS SALUDABLES

- 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.
- Tenga comidas familiares relajadas, sin televisión.
- Cree una rutina calma para ir a dormir.
- Haga que su hija que se cepille los dientes dos veces al día. Utilice una cantidad de pasta dental con fluoruro del tamaño de un guisante.

TELEVISIÓN Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Sean activos como familia a menudo.
- Reduzca el uso de la televisión, tableta y smartphone a no más de 1 hora de programas de alta calidad por día.
- Comenten acerca de los programas que ven juntos como familia.
- 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.
- No coloque un televisor, computadora, tableta o smartphone en la habitación de su hijo.
- Cree oportunidades para jugar todos los días.
- Dígale cumplidos a su hijo por ser activo.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles La Línea Nacional de Violencia Doméstica: 800-799-7233
Plan para el consumo mediático de su familia: www.healthychildren.org/MediaUsePlan/es | 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 4 AÑO: PADRES

SEGURIDAD

- Utilice un asiento de seguridad para automóviles orientado hacia adelante o cambie a un asiento elevado a la altura del cinturón cuando su hija alcance el peso o altura límite para su asiento de seguridad, sus hombros pasen la última ranura del arnés, o sus orejas lleguen a la parte más alta del asiento de seguridad para automóviles.
- El asiento trasero es el lugar más seguro para que un niño vaya en automóvil hasta que cumpla 13 años.
- Asegúrese de que su hija aprenda a nadar y siempre utilice un chaleco salvavidas. Asegúrese de que las piscinas están cercadas.
- Cuando salga, póngale un gorro a su hija, póngale ropa que la proteja del sol y aplique protector solar con FPS 15 o mayor en la piel expuesta. Limite el tiempo afuera del hogar cuando el sol esté muy fuerte (11:00 a. m.–3:00 p. m.).
- 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 5 Y 6 AÑO DEL NIÑO

Hablaremos sobre:

- Cuidar al niño, a su familia y a usted
- Crear rutinas familiares y controlar la ira y los sentimientos
- Prepararse para la escuela
- Mantener saludables los dientes de su hijo, alimentarse con comida saludable, y mantenerse activo
- Mantener al niño 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 Year Visit (Parent)*

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

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