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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 6 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.

- ☐ Montar una bicicleta estándar.
- ☐ Saltar sobre un pie de 3 a 4 veces.
- ☐ Atrapar una pelota pequeña con 2 manos.
- ☐ Dibujar una persona de 12 partes.
- ☐ Escribir nombre y apellidos en mayúsculas o letras minúsculas.
- ☐ Cortar la mayoría de los alimentos con un cuchillo.
- ☐ Atar los zapatos.
- ☐ Estar seco día y noche.
- ☐ Contar una historia con un principio, un medio y un final.
- ☐ Elegir los alimentos preferidos en el desayuno y el almuerzo.
- ☐ Iniciar y continuar las conversaciones con sus compañeros.
- ☐ Dominar todos los sonidos y combinaciones de consonantes, tales como "d" o "ch".
- ☐ Jugar e interactuar con al menos un "mejor amigo".
- ☐ Escribir 3 o más palabras sencillas sin copiar.
- ☐ Contar 10 objetos.
- ☐ Hacer sumas y restas simples con objetos.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 6 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

Violencia en el vecindario y en la familia (intimidación y peleas)		
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	○ No	○ Sí
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	○ No	○ Sí
¿Alguna vez su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	○ No	○ Sí
Seguridad alimentaria		
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		
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	○ No	○ Sí
Seguridad emocional y autoestima		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	○ Sí	○ No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	○ Sí	○ No
Relación con la familia		
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	○ Sí	○ No
¿Su familia hace actividades junta?	○ Sí	○ No

REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES

¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	○ Sí	○ No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	○ Sí	○ No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	○ Sí	○ No
¿Le hace saber a su hijo cuándo se está portando bien?	○ Sí	○ No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 6 AÑO

REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES *(CONTINUACIÓN)*

¿Tiene su hijo problemas para lidiar con los sentimientos de enojo?	O No	O Sí
¿Ayuda a su hijo a controlar su ira?	O Sí	O No

ESCUELA

¿Su hijo asistió a un programa preescolar?		O Sí	O No
¿Su hijo ha comenzado la escuela primaria?		O Sí	O No
¿Tiene alguna preocupación sobre la experiencia escolar de su hijo?	O N/C	O No	O Sí
¿Puede usted asistir a actividades o funciones en la escuela de su hijo?	O N/C	O Sí	O No
¿Está su hijo involucrado en actividades después de la escuela?	O N/C	O Sí	O No
¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?		O No	O Sí

MANTENERSE SALUDABLE

Dientes saludables		
¿Su hijo se cepilla los dientes dos veces al día?	O Sí	O No
¿Ve su hijo al dentista dos veces al año?	O Sí	O No
Nutrición		
¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su hijo? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	O No	O Sí
¿Su hijo toma refrescos, jugos u otras bebidas endulzadas?	O No	O Sí
¿Su hijo desayuna todos los días?	O Sí	O No
Actividad física		
¿Está su hijo físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	O Sí	O No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo todos los días viendo la televisión o usando computadoras, tabletas o smartphone (sin contar las tareas escolares)?	_____ 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
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	O Sí	O No
¿Su hijo tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	O No	O Sí

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Utiliza su hijo siempre un asiento de seguridad para el automóvil o un asiento elevado con cinturón de seguridad bien abrochado en el asiento trasero cada vez que viaja en un vehículo?	O Sí	O No
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad de regazo y hombro o un asiento elevado para colocarse el cinturón de seguridad?	O Sí	O No
Seguridad al aire libre		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	O Sí	O No
¿Conoce su hijo hábitos de seguridad en la calle, como detenerse en la acera, mirar a ambos lados y nunca cruzar la calle sin un adulto?	O Sí	O No
¿Su hijo sabe nadar?	O Sí	O No
¿Sabe su hijo que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	O Sí	O No
¿Su hijo usa protector solar cuando juega al aire libre?	O Sí	O No
Seguridad contra incendios en el hogar		
¿Tiene detectores de humo en funcionamiento instalados en todos los niveles de su casa?	O Sí	O No
¿Tiene detectores/alarmas de monóxido de carbono en su casa?	O Sí	O No
¿Tiene un plan de escape de emergencia en caso de incendio?	O Sí	O No
¿Sabe su hijo qué hacer si suena la alarma de incendio?	O Sí	O No

MUESTRA para previsión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 6 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
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	○ Sí	○ No

SEGURIDAD

Daños por parte de los adultos		
¿Le ha enseñado a hija que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	○ Sí	○ No
¿Sabe su hija que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes privadas?	○ 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 Quesionnaire: 6 Year Visit*
© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

Well Child | 6 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: _____

Comments:

Dental Home: ☐ No ☐ Yes: _____

Brushing twice daily: ☐ Yes ☐ No: _____

Fluoride: ☐ In water source ☐ Oral supplement ☐ Other: _____

Sugar-sweetened beverages: ☐ No ☐ Yes

Elimination: ☐ Regular soft stools: _____

Sleep: ☐ No concerns

Physical Activity:

Playtime (60 min/d): ☐ Yes ☐ No: _____

Screen time: h/d: _____

Source: _____ Quality monitored: ☐ Yes ☐ No

Family media use plan discussed: ☐ Yes ☐ No

School: Grade: _____ IEP/504/behavior plan: ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Performance: ☐ NL _____

Parent/teacher concerns: ☐ None

Behavior: ☐ No concerns

Parent-child-sibling interaction: ☐ NL _____

Cooperation: ☐ Yes ☐ No Oppositional behavior: ☐ Yes ☐ No

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

Caregiver concerns about development: ☐ None ☐ Yes: _____

☐ SOCIAL LANGUAGE AND SELF-HELP
- Cuts most foods with a knife
- Ties shoes
- Is dry day and night
- Chooses preferred foods
- Starts/continues conversations with peers
- Plays and interacts with at least one "best friend"

☐ VERBAL LANGUAGE
- Tells a story with a beginning, a middle, and an end
- Masters all consonant sounds and combinations, such as "d" or "ch"
- Counts 10 objects
- Can do simple addition and subtraction with objects

☐ GROSS MOTOR
- Rides a standard bike
- Hops on one foot 3 to 4 times
- Catches small ball with 2 hands

☐ FINE MOTOR
- Draws a 12-part person
- Prints 3 or more simple words without copying
- Writes first and last names in uppercase or lowercase letters

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.

SAMPLE
For Review and Reference Only

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 After-school care: _____

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 BMI and BP for age.** _____

☐ Head: Normocephalic and atraumatic. _____

☐ **Eyes:** Pupils equal, round, and reactive to light. **Extraocular eye movements intact.** Normal funduscopic examination findings.

☐ Ears, nose, **mouth,** and throat: Tympanic membranes with visible light reflex bilaterally. Healthy-appearing teeth **without visible caries. No gingivitis. No malocclusion.**

☐ 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. 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**
- Neighborhood and family violence
- Food security
- Family substance use
- Emotional security and self-esteem
- Connectedness with family

☐ **DEVELOPMENT AND MENTAL HEALTH**
- Family rules and routines, concern for others, and respect for others
- Patience and control over anger

☐ **SCHOOL**
- Readiness, established routines, school attendance, and friends
- After-school care and activities; parent-teacher communication

☐ **PHYSICAL GROWTH AND DEVELOPMENT**
- Oral health
- Nutrition
- Physical activity

☐ **SAFETY**
- Car safety
- Outdoor safety
- Water safety
- Sun protection
- Harm from adults
- Home fire safety
- 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: _____

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

☐ Anemia ☐ Dyslipidemia ☐ Lead ☐ Oral health ☐ Tuberculosis

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 7 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**

VISITAS MÉDICA DEL 5 Y 6 AÑO

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

CÓMO ESTÁ SU FAMILIA

- Pase tiempo con su hijo. Abrácelo y dígale cumplidos.
- Ayude a su hijo a hacer cosas por sí mismo.
- Ayude a su hijo a manejar conflictos.
- Si le preocupan sus condiciones de vida o alimenticias, hable con nosotros. Las agencias y programas comunitarios como 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 le preocupa que un miembro de su familia consuma, avísenos, o busque recursos locales o en línea que puedan ayudar.

REGLAS Y RUTINAS FAMILIARES

- Las rutinas familiares crean una sensación de seguridad y protección para su hija.
- Enséñele a su hija qué está bien y qué está mal.
- Asígnele tareas del hogar a su hija y cuente con que las haga.
- Utilice la disciplina para enseñar, no el castigo.
- Ayude a su hija a manejar conflictos. Sea un modelo a seguir.
- Enséñele a su hija a irse cuando esté enojada y hacer algo más para calmarse, como jugar o leer.

MANTENERSE SALUDABLE

- Recuérdele a su hijo que se cepille los dientes dos veces al día
  - Luego de desayunar
  - Antes de irse a dormir
- Utilice una cantidad de pasta dental con fluoruro del tamaño de un guisante.
- Ayude a su hijo a utilizar hilo dental una vez al día.
- Su hijo debería ir al dentista al menos dos veces al año.
- Ayude a su hijo a alimentarse con comida saludable
  - Brindándole comidas saludables, como vegetales, frutas, proteínas magras, y cereales integrales
  - Comiendo juntos como familia
  - Siendo un modelo a seguir en lo que come
- Comprando leche sin grasa o alimentos lácteos bajos en grasa. Incentívelo a comer 2 o 3 veces por día.
- Reduzca los caramelos, refrescos, jugos, y alimentos con mucha azúcar.
- Asegúrese de que su hijo esté activo durante 1 hora o más por día.
- No coloque un televisor o computadora 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.

LISTO PARA LA ESCUELA

- Hable con su hija acerca de la escuela.
- Lea libros con su hija acerca de empezar la escuela.
- Lleve a su hija a ver la escuela y conocer a la maestra.
- Ayude a su hija a prepararse para aprender. Aliméntela con un desayuno saludable y organice horarios para ir a dormir para que duerma al menos 10 u 11 horas.
- Asegúrese de que su hija vaya a un lugar seguro luego de la escuela.
- Si su hija tiene discapacidades o necesita atención a la salud especial, sea activo en el proceso del Programa de Educación Individualizada.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles

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

VISITAS MÉDICA DEL 5 Y 6 AÑO: PADRES

SEGURIDAD

- Su hijo debería ir en automóvil en la parte trasera (al menos hasta que tenga 13 años) y utilizar un asiento de seguridad para automóviles orientado hacia adelante o un asiento elevado a la altura del cinturón.
- Enséñele a su hijo a cruzar la calle de manera segura y a utilizar el autobús escolar. Los niños no deben cruzar la calle solos hasta que tengan al menos 10 años de edad.
- Utilice un casco que ajuste correctamente y un equipo de seguridad para andar en motocicletas, bicicletas, patinetas, patines, esquís, tablas de snowboard, y caballos.
- Asegúrese de que su hijo aprenda a nadar. Nunca deje que ande solo.
- Utilice un sombrero, ropa para protegerse del sol y protector solar con FPS 15 o mayor en la piel expuesta al sol. Limite el tiempo afuera del hogar cuando el sol esté muy fuerte (11:00 a. m.–3:00 p. m.).
- Enséñele a su hijo cómo estar seguro con otros adultos.
  - 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.
- Cuente con alarmas de incendios y de monóxido de carbono funcionando en cada piso. Contrólelas todos los meses y cambie la batería todos los años. Organice un plan familiar de escape en caso de incendio en su hogar.
- 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.

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: 5 and 6 Year Visits (Parent)*

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

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