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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

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

Para brindarle a usted y a su bebé la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. **La evaluación de la depresión materna y la evaluación de riesgos de salud oral también son 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.

- ☐ Dar palmadas o sonreír a su reflejo.
- ☐ Mirar cuando lo llama por su nombre.
- ☐ Balbucear.
- ☐ Voltearse de boca arriba a boca abajo.
- ☐ Sentarse brevemente sin ayuda.
- ☐ Hacer sonidos como "ga", "ma" y "ba".
- ☐ Pasar un juguete de una mano a otra.
- ☐ Rastrillar objetos pequeños con 4 dedos.
- ☐ Golpear objetos pequeños contra una superficie.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 6 MES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su bebé?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Plomo	¿Su bebé 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?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su bebé contiene fluoruro?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su bebé 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)?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Estuvo su bebé en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Está su bebé infectado con VIH?	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
	¿Los ojos de su bebé parecen inusuales o cruzados?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Los párpados de su bebé se caen o uno de ellos tiende a cerrarse?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Alguna vez se han lesionado los ojos de 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

Condición de vida y seguridad alimenticia		
¿Le preocupa tener una vivienda permanente?	O No	O Sí
¿Posee los elementos necesarios para cuidar de su bebé, como una cuna, un asiento de seguridad para niños y pañales?	O Sí	O No
¿Su casa tiene suficiente calefacción, agua caliente, electricidad y electrodomésticos en funcionamiento?	O Sí	O No
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	O No	O Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	O No	O Sí
Alcohol y drogas		
¿Alguien en su hogar bebe cerveza, vino o licor?	O No	O Sí
¿Usted o algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, calmantes, narcóticos u otras sustancias controladas?	O No	O Sí
Relaciones familiares y apoyo		
¿Tiene personas a las que puede acudir cuando necesita ayuda con su familia?	O Sí	O No
¿Cuenta con cuidado infantil o una persona confiable para cuidar a su bebé?	O Sí	O No

CUIDADOS DEL BEBÉ

El desarrollo de su bebé		
¿Su bebé está aprendiendo cosas nuevas?	O Sí	O No
¿Su bebé se está adaptando a nuevas situaciones, personas y lugares?	O Sí	O No
¿Su bebé tiene maneras de decirle que es lo que quiere y necesita?	O Sí	O No
¿Su bebé responde cuando miran juntos los libros?	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

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 6 MES

CUIDADOS DEL BEBÉ *(CONTINUACIÓN)*

El desarrollo de su bebé *(continuación)*		
¿Su bebé tiene un horario diario regular para alimentarse, tomar siestas, jugar y dormir?	O Sí	O No
¿Su bebé está aprendiendo a dormir solo?	O Sí	O No
¿Puede su bebé calmarse a sí mismo?	O Sí	O No
¿Tiene maneras de ayudar a su bebé a calmarse si no puede hacerlo por sí mismo?	O Sí	O No

DIENTES SALUDABLES

¿Le da a su bebé un biberón en su cuna?	O No	O Sí

ALIMENTAR AL BEBÉ

Información general		
¿Qué le está dando de comer a su bebé? Marque todas las que correspondan: Leche materna _____ Fórmula _____ Ambos		
¿Le está dando de comer a su bebé alguna bebida o alimento además de la leche materna o la fórmula? Marque todas las que correspondan: Agua ____ Jugo ____ Cereal ____ Carnes ____ Frutas ____ Verduras ____ Otros alimentos		
¿Su bebé le avisa cuando le gustan o no los nuevos alimentos que usted ha introducido?	O Sí	O No
¿Lava las verduras y las frutas antes de servirlas a su bebé y a su familia?	O Sí	O No
Si está amamantando, responda estas preguntas.		
¿Piensa continuar? O N/C	O Sí	O No
¿Tiene preguntas sobre cómo extraer y almacenar la leche materna?	O No	O Sí
¿Todavía le está dando a su bebé gotas de vitamina D y gotas de hierro?	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 o preocupación sobre la leche maternizada, como cuánto cuesta o cómo prepararla?	O No	O Sí

SEGURIDAD

Información general		
¿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
¿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
¿Tiene barreras alrededor de calentadores, estufas de leña y calentadores de querosene?	O Sí	O No
¿Le pone un sombrero a su bebé y le pone protector solar cuando sale a la calle?	O Sí	O No
¿Mantiene bajo llave los productos de limpieza, los productos químicos y los medicamentos del hogar fuera de la vista y del alcance de su bebé?	O Sí	O No
¿Siempre está al alcance de la mano de su bebé cuando está en la bañera?	O Sí	O No
¿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
¿Tiene una puerta en la parte superior e inferior de todas las escaleras de su casa?	O Sí	O No
Dormir de manera segura		
¿Sigue acostando a su bebé boca arriba para dormir?	O Sí	O No
¿El bebé duerme en una cuna?	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: 6 Month Visit*
© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

Well Child | 6 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.)

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

_____

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

Caregiver concerns about development: ☐ None ☐ Yes: _____

☐ SOCIAL LANGUAGE AND SELF-HELP
- Pats or smiles at reflection
- Begins to turn when name called

☐ VERBAL LANGUAGE
- Babbles

☐ GROSS MOTOR
- Rolls over supine to prone
- Sits briefly without support

☐ FINE MOTOR
- Reaches for object and transfers
- Rakes small object with 4 fingers
- Bangs small object on surface

SAMPLE
For Review and Reference Only

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. Extraocular eye movements intact. Red reflex present bilaterally. No opacification.**
Normal funduscopic examination findings. _____

☐ Ears, nose, and throat: Tympanic membranes with visible light reflex bilaterally. No oral lesions.

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

☐ **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.**

_____

☐ **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**
- Living situation and food security
- Tobacco, alcohol, and drug use
- Parental depression
- Family relationships and support
- Child care

☐ **ORAL HEALTH**
- Fluoride
- Oral hygiene/soft toothbrush
- Avoidance of bottle in bed

☐ **NUTRITION AND FEEDING**
- General guidance on feeding
- Solid foods
- Pesticides in vegetables and fruits
- Fluids and juice
- Breast or formula-feeding guidance

☐ **INFANT BEHAVIOR AND DEVELOPMENT**
- Parents as teachers
- Communication and early literacy
- Media
- Emerging infant independence
- Putting self to sleep
- Self-calming

☐ **SAFETY**
- Car safety seats
- Safe sleep
- Safe home environment: burns, sun exposure, choking, poisoning, drowning, and falls

PLAN

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

Universal Screening:

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

☐ Oral health risk assessment Fluoride varnish applied: ☐ Yes ☐ No: _____

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

☐ BP ☐ Tuberculosis ☐ Hearing ☐ Oral fluoride supplementation ☐ Lead ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up at 9 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 6 MES

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.
- 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.
- Elija una niñera o cuidador maduro, capacitado y responsable.
- Háganos preguntas acerca de programas de cuidado de niños.
- Hable con nosotros o llame para pedir ayuda si se siente triste o muy cansado durante más de algunos días.
- Pase tiempo con su familia y con sus amigos.

EL DESARROLLO DE SU BEBÉ

- Coloque a su bebé sentada para que pueda mirar a su alrededor.
- Hable con su bebé copiando los sonidos que hace.
- Miren y lean libros juntas.
- Jueguen a juegos como el peekaboo, las palmaditas, y *so big*.
- No tenga un televisor de fondo ni utilice un televisor u otros medios digitales para calmar a su bebé.
- Si su bebé está inquieta, dele juguetes seguros para sostener y colocarse en la boca. Asegúrese de que duerma siestas y juegue habitualmente.

ALIMENTAR AL BEBÉ

- Tenga en cuenta que el crecimiento de su bebé va a ir más lento.
- Siéntase orgullosa de usted misma si sigue amamantando. Continúe todo el tiempo que usted y el bebé lo deseen.
- Utilice leche maternizada fortificada con hierro si lo alimenta con leche maternizada.
- Comience a alimentar al bebé con comida sólida cuando esté listo.
- Busque las señales de que su bebé está listo para consumir comida sólida. Él bebé
  - Abrirá su boca para buscar la cuchara.
  - Se sentará con respaldo.
  - Demostrará buen control de su cabeza y cuello.
  - Demostrará interés en los alimentos que usted come.

Comenzar a consumir nuevas comidas

- Incorpore una nueva comida a la vez.
- Utilice comidas con buenas fuentes de hierro y zinc, como
  - Cereal fortificado con hierro y zinc
  - Puré de carne roja, como la carne de vaca o cordero
- Incorpore frutas y vegetales luego de que el bebé coma bien el cereal fortificado con hierro y zinc o el puré de carne roja.
- Ofrézcale comida sólida entre 2 y 3 veces por día; déjelo decidir cuánto comer.
- Evite la miel pura o los pedazos grandes que puedan ahogar al bebé.
- Considere introducir todas las demás comidas, incluso huevos y mantequilla de maní, ya que estudios demuestran que pueden prevenir alergias individuales a comidas.
- Para prevenir que el bebé se ahogue, ofrézcale solo pedazos de comida muy suaves y pequeños.
- Lave las frutas y vegetales antes de servirlas.
- Incorpore una taza de agua, leche materna, o leche maternizada.
- Evite alimentar demasiado al bebé; preste atención a las señales de saciedad que da el bebé, como
  - Echarse para atrás
  - Apartarse
- No fuerce a su bebé a comer o terminar comidas.
  - Puede llevar entre 10 y 15 veces ofrecerle un tipo de comida a su bebé para que pruebe antes de que le guste.

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 MÉDICA DEL 6 MES: PADRES

DIENTES SALUDABLES

- Pregúntenos acerca de la necesidad de utilizar fluoruro.
- Limpie las encías y los dientes (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).
- No le dé un biberón a su bebé en la cuna. Nunca apoye el biberón.
- No utilice comidas o jugos que su bebé pueda succionar de una bolsa.
- No compartan cucharas ni limpie el chupete en su boca.

QUÉ ESPERAR EN LA VISITA MÉDICA DEL 9 MES DEL BEBÉ

Hablaremos sobre:

- Cuidar al bebé, a su familia y a usted
- Enseñarle al bebé y jugar con él
- Disciplinar al bebé
- Incorporar nuevas comidas y establecer una rutina
- Mantener al bebé seguro en la casa y en el auto

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.
- Si el bebé ha alcanzado la altura o el peso máximo permitido con el asiento de seguridad orientado hacia atrás, usted puede utilizar un asiento aprobado convertible o 3 en 1 con orientación hacia atrás.
- Ponga a dormir al bebé de espaldas.
- Elija una cuna con barras separadas por no más de 2⅜ pulgadas.
  - Baje el colchón de la cuna lo más que se pueda.
- No utilice una cuna con laterales abatibles.
- No coloque objetos blandos ni ropa de cama suelta como mantas, almohadas, chichoneras y juguetes en la cuna.
- Si elige utilizar un corralito de red, consiga uno fabricado después del 28 de febrero de 2013.
- Realice un control de seguridad en su hogar (rejas en las escaleras, barreras alrededor de los aparatos de calefacción, coberturas en tomas de corriente).
- No deje a su bebé solo en la bañera, cerca del agua, o en lugares altos como cambiadores, camas, y sofás.
- Mantenga venenos, medicamentos, y productos de limpieza bajo llave y fuera de la vista y alcance de su bebé.
- Guarde el número de la Poison Help Line (Línea de Ayuda en Caso de Envenenamiento) en todos los teléfonos, incluso en los teléfonos celulares. Llámenos si le preocupa que su bebe haya tragado algo dañino.
- Mantenga a su bebé en una silla alta o en un corral mientras esté en la cocina.
- No utilice andadores.
- Mantenga los objetos pequeños, cables y globos de látex lejos del bebé.
- Mantenga al bebé lejos del sol. Cuando salga, póngale un gorro al bebé y aplique protector solar con FPS 15 o mayor en la piel expuesta.

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: 6 Month Visit (Parent)*

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

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