



# DE 1 A 4 AÑOS (Parte 1)

## Encuesta de seguridad Framingham

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una X la respuesta que elija de cada pregunta.

- |  |                              |                             |                    |                                     |
|--|------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Deja a su niño(a) solo(a) en la casa?  | A menudo                     | En ocasiones                | Nunca              |                                     |
| 2. ¿Es alguna de las niñeras del bebé menor de 13 años?  | Sí                           | No sé                       | No                 |                                     |
| 3. ¿Mantiene las envolturas plásticas, las bolsas de plástico y los globos fuera del alcance de sus niños?   | Siempre                      | A veces                     | Nunca              |                                     |
| 4. ¿Sabe cómo prevenir que su hijo se atragante?   | Sí                           | No                          |                    |                                     |
| 5. ¿Opera mecánicamente la puerta de su garaje?  | Sí                           | No                          |                    |                                     |
| 6. ¿Están bien colocadas las rendijas de sus ventanas?   | Todas las ventanas           | Algunas                     | Ninguna            |                                     |
| 7. ¿Deja que su niño(a) esté en el césped cuando la cortadora de césped está en uso?   | Nunca                        | A veces                     | No tengo cortadora |                                     |
| 8. ¿Tiene rejas a la entrada de las escaleras? (para niños menores de 3 años?)   | Siempre                      | A veces                     | Nunca              | Todos los niños de 3 años o mayores |
| 9. ¿Está la cuna de su bebé cerca de una ventana o cortina?  | Sí                           | No                          |                    |                                     |
| 10. ¿Revisa los peligros que pueda haber en la casa de amigos o parientes en los que su niño(a) va a jugar?  | Siempre                      | A veces                     | Nunca              |                                     |
| 11. ¿Alguno de sus hijos ha sufrido una lesión por la que haya tenido que ir al médico o a un hospital?  | Sí. ¿Cuántas veces?<br>_____ | No recuerdo                 | No                 |                                     |
| 12. ¿Hay una pistola en su casa o en la casa en la que su niño(a) juega o donde lo cuidan?   | Sí                           | No sé                       | No                 |                                     |
| 13. ¿Mantiene los detergentes, medicinas (incluyendo acetaminofén y hierro) y los objetos filudos fuera del alcance de su niño(a) y en armarios con llave? | Siempre                      | A veces                     | Nunca              |                                     |
| 14. ¿Se deshace de las medicinas viejas?   | Siempre                      | A veces                     | Nunca              |                                     |
| 15. ¿Mantiene sus medicinas en frascos a prueba de niños?  | Siempre                      | A veces                     | Nunca              |                                     |
| 16. ¿Chupa su niño(a) peladuras de pintura o los marcos de las ventanas?   | A menudo                     | En ocasiones                | Nunca              |                                     |
| 17. ¿Tiene el número de la línea de ayuda por envenenamiento (Poison Help Line) cerca de su teléfono?  | Sí                           | No sé                       | No                 |                                     |
| 18. ¿Con qué frecuencia se revisa el sistema de calefacción en donde vive?   | Nunca                        | Por lo menos una vez al año | No sé              |                                     |

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



La información que se encuentra en esta publicación no debe usarse como un sustituto a la atención médica y consejo de su pediatra. Es posible que existan variaciones en el tratamiento, que su pediatra pueda recomendar, en base a hechos y circunstancias individuales.

HE0022-E  
© 1997 American Academy of Pediatrics  
3-22/rev1103

## Encuesta de seguridad Framingham

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, marque con una X la respuesta que elija de cada pregunta.

- |  |                              |                                    |                           |
|--|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| 1. ¿Deja a su niño(a) solo(a) en la casa?  | A menudo                     | En ocasiones                       | <b>Nunca</b>              |
| 2. ¿Es alguna de las niñeras del bebé menor de 13 años?  | Sí                           | No sé                              | <b>No</b>                 |
| 3. ¿Mantiene las envolturas plásticas, las bolsas de plástico y los globos fuera del alcance de sus niños?   | <b>Siempre</b>               | A veces                            | Nunca                     |
| 4. ¿Sabe cómo prevenir que su hijo se atragante?   | <b>Sí</b>                    | No                                 |                           |
| 5. ¿Opera mecánicamente la puerta de su garaje?  | Sí                           | <b>No</b>                          |                           |
| 6. ¿Están bien colocadas las rendijas de sus ventanas?   | <b>Todas las ventanas</b>    | Algunas                            | Ninguna                   |
| 7. ¿Deja que su niño(a) esté en el césped cuando la cortadora de césped está en uso?   | <b>Nunca</b>                 | A veces                            | <b>No tengo cortadora</b> |
| 8. ¿Tiene rejas a la entrada de las escaleras? (para niños menores de 3 años?)   | <b>Siempre</b>               | A veces                            | Nunca                     |
| 9. ¿Está la cuna de su bebé cerca de una ventana o cortina?  | Sí                           | <b>No</b>                          |                           |
| 10. ¿Revisa los peligros que pueda haber en la casa de amigos o parientes en los que su niño(a) va a jugar?  | <b>Siempre</b>               | A veces                            | Nunca                     |
| 11. ¿Alguno de sus hijos ha sufrido una lesión por la que haya tenido que ir al médico o a un hospital?  | Sí. ¿Cuántas veces?<br>_____ | No recuerdo                        | <b>No</b>                 |
| 12. ¿Hay una pistola en su casa o en la casa en la que su niño(a) juega o donde lo cuidan?   | Sí                           | No sé                              | <b>No</b>                 |
| 13. ¿Mantiene los detergentes, medicinas (incluyendo acetaminofén y hierro) y los objetos filudos fuera del alcance de su niño(a) y en armarios con llave? | <b>Siempre</b>               | A veces                            | Nunca                     |
| 14. ¿Se deshace de las medicinas viejas?   | <b>Siempre</b>               | A veces                            | Nunca                     |
| 15. ¿Mantiene sus medicinas en frascos a prueba de niños?  | <b>Siempre</b>               | A veces                            | Nunca                     |
| 16. ¿Chupa su niño(a) peladuras de pintura o los marcos de las ventanas?   | A menudo                     | En ocasiones                       | <b>Nunca</b>              |
| 17. ¿Tiene el número de la línea de ayuda por envenenamiento (Poison Help Line) cerca de su teléfono?  | <b>Sí</b>                    | No sé                              | No                        |
| 18. ¿Con qué frecuencia se revisa el sistema de calefacción en donde vive?   | Nunca                        | <b>Por lo menos una vez al año</b> | No sé                     |