

# Survey: Spanish Bright Futures 9 Month Developmental Surveillance

**Description:** Spanish Bright Futures parental surveillance for 9 month visit

**Instructions:** Por favor, responde estas preguntas sobre el desarrollo y crecimiento de su bebe

**Privacy level:** Any staff member

|                                                                                                          |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ¿Utiliza su bebé gestos básicos, como estirar los brazos para que lo levanten o diciendo "adiós"         | Si   No |
| ¿Tu bebé busca objetos caídos?                                                                           | Si   No |
| ¿Su bebé juega juegos como cucú y palmaditas?                                                            | Si   No |
| ¿Su bebé voltea constantemente cuando se le llama por su nombre?                                         | Si   No |
| ¿Tu bebé dice "papá" o "mamá"?                                                                           | Si   No |
| ¿Tu bebé mira a su alrededor cuando dices cosas como "¿Dónde está tu biberón?" y "¿Dónde está tu manta?" | Si   No |
| ¿Su bebé copia los sonidos que usted hace?                                                               | Si   No |
| ¿Tu bebé se sienta bien sin apoyo?                                                                       | Si   No |
| ¿Puede su bebé ponerse de pie por sí mismo?                                                              | Si   No |
| ¿Puede su bebé moverse fácilmente entre estar sentado y acostado?                                        | Si   No |
| ¿Puede su bebé gatear sobre manos y rodillas?                                                            | Si   No |
| ¿Puede su bebé recoger la comida y comerla?                                                              | Si   No |
| ¿Puede su bebé recoger objetos pequeños con 3 dedos y un pulgar?                                         | Si   No |
| ¿Tu bebé suelta objetos a propósito?                                                                     | Si   No |
| ¿Su bebé golpea objetos juntos?                                                                          | Si   No |
| ¿Tiene inquietudes específicas sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su bebé?       | Si   No |

En caso afirmativo, describa sus preocupaciones