



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS

PARA PADRES

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 le 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 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

Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos para su hijo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi hija hace cosas que la ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activa y mantenerse segura. | <input type="checkbox"/> Mi hijo ayuda a otros por sí mismo o trabajando con un grupo en la escuela, una organización basada en la fe o la comunidad. |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene por lo menos un adulto en su vida que se preocupa por él y sabe que puede acudir si necesita ayuda. | <input type="checkbox"/> Mi hija es capaz de recuperarse cuando las cosas no salen como ella quiere. |
| <input type="checkbox"/> Mi hija tiene al menos un amigo o un grupo de amigos con los que se siente cómoda. | <input type="checkbox"/> Mi hijo se siente esperanzado y seguro de sí mismo. |
| | <input type="checkbox"/> Mi hijo se está volviendo más independiente y está tomando más decisiones por su cuenta a medida que crece. |

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Le han diagnosticado a su hijo alguna vez anemia ferropénica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija , ¿tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija , ¿su periodo menstrual dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	Los adolescentes sexualmente activos corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Los adolescentes que usan drogas inyectables están en riesgo de contraer el VIH. ¿Le preocupa que su hijo adolescente pueda estar en riesgo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿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)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo no ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)			
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Está su hijo involucrado en algo relacionado con la violencia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Cree usted que su hijo está seguro en el vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo se ha lesionado alguna vez en una pelea?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha sido intimidado o lastimado por otras personas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hablado con su hijo sobre la violencia en situaciones de citas y cómo estar seguro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa su situación de vivienda?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente y electricidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene electrodomésticos que funcionan?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, o pintura o yeso descascarado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se toma el tiempo para hablar con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Le hace saber a su hijo cuando hace algo bueno?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene su hijo intereses fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda su hijo a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Su hijo llega a la escuela a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo algún problema en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo hace la tarea a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Su hijo se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha discutido formas de lidiar con el estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a tomar decisiones y a resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO

Dientes saludables			
¿Su hijo consulta al dentista regularmente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para obtener cuidado dental?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación sobre la nutrición, el peso o la actividad física de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Habla su hijo sobre engordar o hacer dieta para bajar de peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable			
¿Cree usted que su hijo come alimentos saludables?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna dificultad para obtener alimentos saludables para su familia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre los hábitos alimenticios o la nutrición de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Comen juntos en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO (CONTINUACIÓN)

Actividad física y sueño			
¿Su hijo está físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Existen oportunidades para jugar de manera segura al aire libre en su vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Usted y su hijo participan juntos en actividades físicas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo al frente de la pantalla de forma recreativa cada día?	_____ horas		
¿Tiene su hijo un televisor, una computadora, una tableta o un smartphone en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene usted reglas sobre el tiempo que su hijo pasa frente a una pantalla?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO

Estado de ánimo y salud mental			
¿Su hijo está frecuentemente irritable?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha notado algún cambio en el peso o en los hábitos de sueño de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Usted y su hijo a menudo tienen conflictos sobre lo que su cultura espera de su comportamiento y cómo se comportan sus amigos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la salud emocional de su hijo, como estar frecuentemente triste o deprimido?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Sexualidad			
¿Han hablado usted y su hijo sobre cómo cambiará su cuerpo durante la pubertad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tienes reglas de la casa sobre toques de queda, citas y amigos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

ELEGIR COMPOR TAMIEN TOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Han hablado usted y su hijo sobre el sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Han hablado acerca de las maneras de lidiar con las presiones para tener relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo sobre el uso del alcohol y las drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Conoce a los amigos de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sabe dónde está su hijo y qué hace después de la escuela y los fines de semana?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene consecuencias para su hijo si descubre que consume tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo consume actualmente alcohol o drogas, o las ha usado en el pasado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Trauma acústico			
¿Su hijo escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SEGURIDAD

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Siempre usa cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro y casco para la bicicleta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Insiste usted en que su hijo use un cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro cuando está en un automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Insiste en que su hijo use un chaleco salvavidas cuando practica deportes acuáticos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Su hijo usa protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas			
¿Hay un arma en su casa o en las casas que visita su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> 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>.



Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Nombre del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____

Fecha: _____

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ___/___/___			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre.			
a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:			
Usa jeringuillas para usar droga?			
Tiene VIH?			
Ha estado en la cárcel?			
Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.
 If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.
 If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

TST administered Yes ___ No ___

If yes, Date administered ___/___/___ Date read ___/___/___ TST reaction _____ mm

TST provider _____
Signature Printed Name

If chest x-ray done, date _____ and results _____

Provider phone number _____ City _____ County _____

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes ___ No ___

If yes, name of health dept./specialist _____

Contact your local or regional health department if assistance is needed.

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS

PARA PACIENTES

Para brindarle la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Nuestras conversaciones con usted son privadas. Esperamos que se sienta libre de hablar abiertamente con nosotros sobre usted y su salud. La información no se comparte con otras personas sin su permiso a menos que nos preocupe que alguien esté en peligro. **La evaluación de la depresión (desde los 12 años de edad) y la evaluación del consumo de tabaco, alcohol o drogas también son parte de esta visita.** Gracias por su tiempo.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? No Sí, describa:

CUÉNTENOS ACERCA DE USTED.

¿Qué es lo que más lo enorgullece de usted?

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar 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:

¿Vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? No Sí No estoy seguro/a

CRECER Y DESARROLLARSE

Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos para usted.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hago cosas que me ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activo y mantenerme seguro. | <input type="checkbox"/> Ayudo a otros. |
| <input type="checkbox"/> Tengo por lo menos un adulto en mi vida a quien sé que puedo acudir si necesito ayuda. | <input type="checkbox"/> Soy capaz de recuperarme cuando la vida no me acompaña. |
| <input type="checkbox"/> Tengo un amigo o un grupo de amigos con los que me siento cómodo de estar. | <input type="checkbox"/> Me siento esperanzado y confiado. |
| | <input type="checkbox"/> Me estoy volviendo más independiente y tomo más de mis propias decisiones. |

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PACIENTES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿Su dieta incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Su período dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Le preocupa cómo ve?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo van las cosas para usted y su familia?

CÓMO LE ESTÁ YENDO

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)			
¿Ha formado parte de una pandilla o grupo que se ha metido o podría meterse en problemas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Conoce a alguien en una pandilla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene maneras que le ayuden a lidiar con el enojo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se siente seguro en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha sido intimidado en persona, en Internet o a través de las redes sociales alguna vez?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha estado en una relación con una persona que lo amenaza físicamente o lo lastima?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez lo han tocado de una manera que lo ha hecho sentir incómodo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguien ha tocado sus partes íntimas sin su consentimiento o en contra de su voluntad?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha sido forzado o presionado a hacer algo sexual que no quería hacer?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Pasa tiempo hablando con sus padres todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sus padres lo elogian cuando hace algo bueno o aprende algo nuevo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se lleva bien con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuenta con un adulto con el que se siente conectado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas en casa y sabe lo que pasa cuando rompe las reglas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene actividades o cosas que le gusta hacer después de la escuela o los fines de semana?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Le va bien en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene cosas que le gustan hacer en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema en la escuela? ¿Hay cosas que necesita ayuda para averiguar?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Recibe ayuda o apoyo adicional en alguna materia en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PACIENTES

CÓMO LE ESTÁ YENDO (CONTINUACIÓN)

Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Se preocupa mucho o se siente demasiado estresado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene cosas que hace para sentirse mejor cuando está estresado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU CUERPO

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ve al dentista dos veces al año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Se burlan de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable			
¿Tiene opciones de alimentación saludable en casa y en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Come frutas y verduras todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Consumo leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez se saltea comidas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Come con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Actividad física y sueño			
¿Está físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa todos los días viendo la televisión, jugando videojuegos o usando computadoras, tabletas o smartphones (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas		
¿Duerme 8 o más horas cada noche?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para dormir?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

BIENESTAR EMOCIONAL

¿Usted y sus padres discuten mucho sobre lo que su cultura espera de usted y lo que sus amigos están haciendo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hablado con sus padres sobre citas y sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene preguntas o inquietudes acerca de cómo está cambiando su cuerpo (pubertad)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Para niñas: ¿Ha empezado a menstruar?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Para niñas: En caso afirmativo, ¿tiene alguna preocupación acerca de su período (como sangrado excesivo no regular o calambres fuertes)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Relaciones románticas			
¿Ha tenido alguna vez una relación romántica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En caso afirmativo, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle			
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos o usado cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha bebido alcohol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha tenido sexo, incluido sexo oral, vaginal o anal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha consumido drogas (incluidos marihuana o drogas callejeras)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PACIENTES

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES (CONTINUACIÓN)

Trauma acústico			
¿Utiliza tapones para los oídos o auriculares con cancelación de sonido para proteger su audición de ruidos fuertes o en conciertos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

MANTENERSE SEGURO

Uso de cinturón de seguridad y casco			
¿Siempre usa un cinturón de seguridad de regazo y hombros?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta o patinando?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un chaleco salvavidas cuando hace deportes acuáticos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Utiliza protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Visita salones de bronceado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Uso de sustancias y conducción de un vehículo			
¿Alguna vez ha viajado en un automóvil con alguien que ha estado bebiendo o consumiendo drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro viajando con alguien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas			
¿Alguna vez ha llevado un arma de fuego o un cuchillo (incluso para autoprotegerse)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si hay un arma en su casa, ¿sabe dónde buscarla?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces

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>.

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: 11 Through 14 Year Visits (For Patients)*

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

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING _____ + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido
difícil

Un poco
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil