



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 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:

HÁBLENOS DE SU HIJO ADOLESCENTE.

¿Qué es lo que más le entusiasma o encanta de su hijo adolescente?

¿Su hijo adolescente tiene alguna necesidad especial? No Sí, describa:

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

¿Algún familiar de su hijo adolescente 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 adolescente 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 EL DESARROLLO DE SU HIJO ADOLESCENTE

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente 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 adolescente 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 adolescente 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 hijo adolescente es capaz de recuperarse cuando las cosas no salen como ella quiere. |
| <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente tiene, al menos, un amigo o un grupo de amigos con los que se siente cómoda. | <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente se siente esperanzado y seguro de sí mismo. |
| | <input type="checkbox"/> Mi hijo adolescente se está volviendo más independiente y está tomando más decisiones por su cuenta a medida que crece. |

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo adolescente 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 adolescente 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 adolescente, ¿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 adolescente, ¿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 adolescente 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 adolescente 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 adolescente?	<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 adolescente 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 adolescente está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente 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
	¿Estuvo su hijo adolescente 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 adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente 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 adolescente ha reprobado 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 adolescente 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 adolescente 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 adolescente involucrado en esa violencia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Su hijo adolescente ha sido amenazado alguna vez con daño físico o ha sido herido en una pelea?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Su hijo adolescente ha intimidado a otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Su hijo adolescente ha sido suspendido de la escuela por pelear, intimidar o portar un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Conoce a los amigos de su hijo y las actividades en las que participan o a las que asisten?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
Si su hijo adolescente está en una relación, ¿es respetuosa?	<input type="radio"/> N/C	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hija adolescente le informaría si alguien la presionara o la forzara a tener relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 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
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 adolescente 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
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo adolescente tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Establece reglas y expectativas claras para su hijo adolescente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene su hijo adolescente intereses fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hay cosas que su hijo adolescente hace y de las que usted está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Su hijo adolescente llega a la escuela a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo adolescente asiste a la escuela casi todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Reconoce los éxitos de su hijo adolescente y apoya sus esfuerzos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo adolescente tiene planes para después de la escuela secundaria?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre las maneras de lidiar con el estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo adolescente a tomar decisiones y resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO ADOLESCENTE

Dientes saludables			
¿Su hijo adolescente ve 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 el peso, los hábitos alimenticios o la actividad física de su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo adolescente habla 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 adolescente 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
¿Comen juntos en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Actividad física y sueño			
¿Está su hijo adolescente 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 ejercitarse 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 adolescente participan juntos en actividades físicas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo su hijo adolescente pasa al frente de la pantalla de forma recreativa cada día?	_____ horas		
¿Su hijo adolescente tiene 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
¿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

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO ADOLESCENTE (CONTINUACIÓN)

Actividad física y sueño (continuación)			
¿Su hijo adolescente tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cree usted que su hijo adolescente duerme lo suficiente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO ADOLESCENTE

Estado de ánimo y salud mental			
¿Ha notado algún cambio en el peso, los hábitos de sueño o los comportamientos de su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Está su hijo adolescente frecuentemente irritable?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la salud emocional de su hijo adolescente, como estar frecuentemente triste o deprimido?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo adolescente se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Sexualidad			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre relaciones, citas y sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre su sexualidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tienes reglas de la casa sobre restricciones para salir, fiestas, citas y amigos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sabe dónde están los amigos de su hijo adolescente y qué están haciendo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Está preocupado por las presiones sexuales de su hijo adolescente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre el uso del alcohol y las drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo adolescente 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
¿Ha discutido las consecuencias si descubre que su hijo adolescente está consumiendo tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Trauma acústico			
¿Su hijo adolescente 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			
¿Su hijo adolescente siempre usa cinturón de seguridad de regazo y hombre y un casco para bicicleta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene reglas o restricciones para conducir?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Su hijo adolescente usa protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas			
¿Hay un arma en su casa o en las casas donde pasa tiempo su hijo adolescente?	<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 adolescente 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>.

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: 15 Through 17 Year Visits (For Parents)*

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

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

