



## CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 9 AÑO

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 la 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 hijo o en la 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

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo?  No  Sí, describa:

Marque cada uno de los puntos que son verdaderos para su hijo.

- Demuestra la habilidad de llevarse bien con los demás y controlar sus emociones.
- Elige comer alimentos saludables y participar en actividad física todos los días.
- Se relaciona con los miembros de la familia, con otros adultos y con sus compañeros.

## VISITA MÉDICA DEL 9 AÑO

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

<b>Anemia</b>	¿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
	¿Su hijo 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 su hijo 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
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Audición</b>	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Salud bucal</b>	¿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
<b>Tuberculosis</b>	¿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
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
<b>Visión</b>	¿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 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

<b>Violencia en el vecindario y en la familia</b>		
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo se ha sentido excluido o no forma parte de ningún grupo de amigos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez le ha dicho su hija que la han tocado de una manera que la hizo sentir incómoda o en sus partes íntimas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
<b>Seguridad alimentaria</b>		
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<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"/> Sí
<b>Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas</b>		
¿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"/> Sí
¿Alguno de los amigos de su hijo fuma, usa o vende cigarrillos electrónicos, bebe alcohol o cerveza, o consume drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
<b>Daños de Internet</b>		
¿Conoce el uso de Internet de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas para el uso de Internet?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha instalado un filtro de seguridad de Internet en sus computadoras, tabletas y smartphones?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## VISITA MÉDICA DEL 9 AÑO

### LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Seguridad emocional y autoestima		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene la oportunidad de ayudar a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Relación con la familia y los compañeros		
¿Se llevan bien los miembros de su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene amigos en la escuela o en su vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### EL CRECIMIENTO DE SU HIJO

Problemas de humor, para establecer límites razonables y hacer amigos		
¿Su hijo ha experimentado algún estrés reciente en casa o en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a controlar su enojo, a lidiar con las preocupaciones y a resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Han hablado usted y su hijo sobre cómo decir no al tabaco, al alcohol y al uso de drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Inicio de la pubertad y seguridad sexual		
¿Ha hablado con su hijo sobre los cambios corporales que ocurren durante la pubertad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado de privacidad y seguridad corporal con su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Han hablado usted y su hijo sobre el sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hija sabe que debe decirle a un adulto de confianza si alguien toca sus partes privadas o si alguien lo anima a hacer otras cosas que la hacen sentir incómoda o sabe que están mal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### ESCUELA

¿Le preocupa la experiencia escolar de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo tiene alguna dificultad en la escuela o recibe ayuda adicional en alguna materia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo participa en actividades fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

### MANTENERSE SALUDABLE

Dientes saludables		
¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se cepilla los dientes y usa hilo dental todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo usa un protector bucal cuando practica deportes de contacto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Bebe regularmente refrescos, jugos u otras bebidas azucaradas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Nutrición		
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le preocupa que coma? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Comen juntos comidas en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Escucha a su hijo hablar de su aspecto o de su dieta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Actividad física		
¿Su hijo está físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna preocupación sobre el nivel de actividad física de su hijo, como por ejemplo, si es demasiado o muy poco?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

## VISITA MÉDICA DEL 9 AÑO

### MANTENERSE SALUDABLE (CONTINUACIÓN)

Actividad física (continuación)		
¿Su hija tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Cuánto tiempo pasa su hijo todos los días viendo la televisión, jugando videojuegos o usando computadoras, tabletas o smartphones (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	<input type="radio"/> No	<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"/> No

### SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo siempre se sienta en un asiento elevado con cinturón de seguridad o en el asiento trasero con un cinturón de seguridad de regazo y hombro cada vez que viaja en un vehículo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Todo el mundo en el vehículo usa siempre un cinturón de seguridad de regazo y hombro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad al aire libre		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe nadar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hijo que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Conocer a los amigos de su hijo y a sus familias		
¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus familias?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe cómo obtener ayuda en caso de emergencia si usted no está presente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<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"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<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>.

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: 9 Year Visit*

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

## Questionario 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.