

American Academy of Pediatrics



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

¿Tiene alguna necesidad especial de atención médica? No Sí, describa:

¿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 15 HASTA 17 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
	¿Alguna vez le han diagnosticado 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
	Para las mujeres: ¿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 las mujeres: ¿Su período dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿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
	¿Tiene usted 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
	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su fuente primaria de agua contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales, incluidas las relaciones sexuales o el sexo oral? EN CASO NEGATIVO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN (VIH).	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene sexo sin protección?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas anónimas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Es usted o alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales bisexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez ha sido tratado por una infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales está infectada con el VIH o ha consumido drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Intercambia sexo por dinero o drogas o tienes parejas sexuales que lo hacen?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para los hombres: ¿Alguna vez ha tenido sexo con otros hombres?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
VIH	¿Usa o ha usado drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Está usted infectado con el VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted 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 usted 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	¿Le preocupa su visión?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿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
	¿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
	¿Tiende a entrecerrar los ojos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo van las cosas para usted y su familia?

CÓMO LE ESTÁ YENDO

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)			
¿Se siente seguro en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se siente seguro en la escuela y al ir y volver de la escuela?	<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?	<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
¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha llevado un arma a la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Pertenece a una pandilla o conoces a alguien en una pandilla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez lo han tocado de una manera sexual que lo ha hecho sentir incómodo?	<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
¿Alguna vez ha estado en una relación con alguien que lo amenazó o lastimó?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Seguridad alimentaria y situación de vida			
En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para tener suficiente comida o tiene preocupaciones de que podría no tener suficiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en su vida a quien le preocupe el consumo de tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿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
¿Sigue las reglas y límites de su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se lleva bien con sus amigos y otros en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene intereses fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hace cosas en las que es bueno o de las que está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿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
¿Le va bien en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene algún problema en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene planes para lo que hará 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			
¿Tiene maneras de lidiar con el estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se preocupa o se siente estresado la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SU VIDA DIARIA

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Usa hilo dental una vez 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
¿Mastica chicle o tabaco?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

SU VIDA DIARIA (CONTINUACIÓN)

Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca 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
¿Alguna vez se han burlado de usted por su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable			
¿Tiene acceso a opciones de alimentos saludables?	<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 hacer actividades físicas 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 por la noche o para despertarse por la mañana?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SU BIENESTAR EMOCIONAL

Estado de ánimo y salud mental			
¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Sexualidad			
¿Ha hablado con sus padres sobre citas y sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

ELEGIR COMPOR TAMIEN TOS SALUDABLES

Relaciones románticas y actividad sexual				
Si ha tenido relaciones románticas, ¿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
¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal? <i>En caso negativo, pase a la siguiente sección.</i>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Está teniendo sexo, incluido sexo oral, con alguien?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí	
¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<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 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	
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	

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

MANTENERSE SEGURO

Uso del cinturón de seguridad y del 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	
Si ha empezado a conducir, ¿sigue las normas de seguridad para los jóvenes conductores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No	
¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro conduciendo o con quien viajar?	<input type="radio"/> N/C	<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	
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	<input type="radio"/> Sí

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>.

