

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
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>.

