NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

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 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 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.

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

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	¿Le han diagnosticado a su hijo alguna vez anemia ferropénica?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	Si tiene una hija, ¿tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	Si tiene una hija, ¿su periodo menstrual dura más de 5 días?	O No	O Sí	O 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)?	O No	O Sí	O 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?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	O Sí	O No	O 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?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo está infectado con VIH?	O No	O Sí	O 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)?	O No	O Sí	O 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?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su hijo no ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

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?	O No	O A veces	O Sí
¿Está su hijo involucrado en algo relacionado con la violencia?	O No	O A veces	O Sí
¿Cree usted que su hijo está seguro en el vecindario?	O Sí	O A veces	O No
¿Su hijo se ha lesionado alguna vez en una pelea?	O No	O A veces	O Sí
¿Su hijo ha sido intimidado o lastimado por otras personas?	O No	O A veces	O Sí
¿Su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	O No	O A veces	O Sí
¿Ha hablado con su hijo sobre la violencia en situaciones de citas y cómo estar seguro?	O Sí	O A veces	O No

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO

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

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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.	O Sí	O A veces	O No
¿Existen oportunidades para jugar de manera segura al aire libre en su vecindario?	O Sí	O A veces	O No
¿Usted y su hijo participan juntos en actividades físicas?	O Sí	O A veces	O 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?	O No	O A veces	O Sí
¿Tiene usted reglas sobre el tiempo que su hijo pasa frente a una pantalla?	O Sí	O A veces	O 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?	O Sí	O A veces	O No
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	O Sí	O A veces	O No

EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO

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

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Han hablado usted y su hijo sobre el sexo?	O Sí	O A veces	O No
¿Han hablado acerca de las maneras de lidiar con las presiones para tener relaciones sexuales?	O Sí	O A veces	O No
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo sobre el uso del alcohol y las drogas?	O Sí	O A veces	O No
¿Conoce a los amigos de su hijo?	O Sí	O A veces	O No
¿Sabe dónde está su hijo y qué hace después de la escuela y los fines de semana?	O Sí	O A veces	O No
¿Tiene consecuencias para su hijo si descubre que consume tabaco, alcohol o drogas?	O Sí	O A veces	O No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo consume actualmente alcohol o drogas, o las ha usado en el pasado?	O No	O A veces	O Sí
Trauma acústico			
¿Su hijo escucha a menudo música alta?	O No	O A veces	O 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?	O Sí	O A veces	O No
¿Insiste usted en que su hijo use un cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro cuando está en un automóvil?	O Sí	O A veces	O No
¿Insiste en que su hijo use un chaleco salvavidas cuando practica deportes acuáticos?	O Sí	O A veces	O No
Protección solar			
¿Su hijo usa protector solar?	O Sí	O A veces	O No

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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?	○ No	○ A veces	○ Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	○ Sí	○ A veces	○ No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	○ Sí	○ A veces	○ 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.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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 Parents)*

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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.

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

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Su período dura más de 5 días?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Visión	¿Le preocupa cómo ve?	O No	O Sí	O 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?	O No	O A veces	O Sí
¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 6 meses?	O No	O A veces	O Sí
¿Conoce a alguien en una pandilla?	O No	O A veces	O Sí
¿Tiene maneras que le ayuden a lidiar con el enojo?	O Sí	O A veces	O No
¿Se siente seguro en casa?	O Sí	O A veces	O No
¿Ha sido intimidado en persona, en Internet o a través de las redes sociales alguna vez?	O No	O A veces	O Sí
¿Ha estado en una relación con una persona que lo amenaza físicamente o lo lastima?	O No	O A veces	O Sí
¿Alguna vez lo han tocado de una manera que lo ha hecho sentir incómodo?	O No	O A veces	O Sí
¿Alguien ha tocado sus partes íntimas sin su consentimiento o en contra de su voluntad?	O No	O A veces	O Sí
¿Alguna vez ha sido forzado o presionado a hacer algo sexual que no quería hacer?	O No	O A veces	O Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Pasa tiempo hablando con sus padres todos los días?	O Sí	O A veces	O No
¿Sus padres lo elogian cuando hace algo bueno o aprende algo nuevo?	O Sí	O A veces	O No
¿Se lleva bien con su familia?	O Sí	O A veces	O No
¿Su familia hace actividades junta?	O Sí	O A veces	O No
¿Cuenta con un adulto con el que se siente conectado?	O Sí	O A veces	O No
¿Hay reglas en casa y sabe lo que pasa cuando rompe las reglas?	O Sí	O A veces	O No
Relación con la comunidad			
¿Tiene actividades o cosas que le gusta hacer después de la escuela o los fines de semana?	O Sí	O A veces	O No
¿Ayuda a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	O Sí	O A veces	O No
Desempeño escolar			
¿Le va bien en la escuela?	O Sí	O A veces	O No
¿Tiene cosas que le gustan hacer en la escuela?	O Sí	O A veces	O No
¿Tiene algún problema en la escuela? ¿Hay cosas que necesita ayuda para averiguar?	O No	O A veces	O Sí
¿Recibe ayuda o apoyo adicional en alguna materia en la escuela?	O No	O A veces	O Sí

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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?	O No	O A veces	O Sí
¿Tiene cosas que hace para sentirse mejor cuando está estresado?	O Sí	O A veces	O No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU CUERPO

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	O Sí	O A veces	O No
¿Ve al dentista dos veces al año?	O Sí	O A veces	O No
¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	O Sí	O A veces	O No
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	O No	O A veces	O Sí
¿Se burlan de su peso?	O No	O A veces	O Sí
¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	O No	O A veces	O Sí
Alimentación saludable			
¿Tiene opciones de alimentación saludable en casa y en la escuela?	O Sí	O A veces	O No
¿Come frutas y verduras todos los días?	O Sí	O A veces	O No
¿Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?	O Sí	O A veces	O No
¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?	O No	O A veces	O Sí
¿Alguna vez se saltea comidas?	O No	O A veces	O Sí
¿Come con su familia?	O Sí	O A veces	O 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.	O Sí	O A veces	O 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?	O Sí	O A veces	O No
¿Tiene problemas para dormir?	O No	O A veces	O Sí

BIENESTAR EMOCIONAL

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

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

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

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Completar en letra imprenta.

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?	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Escucha a menudo música alta?	○ No	○ A veces	○ Sí

MANTENERSE SEGURO

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

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

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 Previst Questionnaire: 11 Through 14 Year Visits (For Patients)*

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

Well Adolescent | 11 Through 14 Year Visits

Accompanied By:	Preferred Language:	Date/Time:	**Name:**

Weight (%):	Height (%):	BMI (%):	BP (%):	ID Number:

Vitals (*if indicated*):	Temp:	HR:	Resp Rate:	SpO_2:	Birth Date:	Age:	Sex: M F

HISTORY

Concerns and Questions: ☐ None

Interval History: ☐ None

Medical History: ☐ Adolescent has special health care needs.

Areas reviewed and updated as needed

☐ Past Medical History (See Initial History Questionnaire.)

☐ Surgical History (See Initial History Questionnaire.)

☐ Problem List (See Problem List.)

Medications: ☐ None

☐ Reviewed and updated (See Medication Record.)

Allergies: ☐ No known drug allergies

Nutrition: ☐ Daily fruits and vegetables

Iron source: _____

Calcium source: _____

Comments:

Body image: ☐ No concerns _____

Attempting to gain or lose weight: ☐ No ☐ Yes: _____

Females: Menarche age: _____ Regular: ☐ Yes ☐ No: _____

Menstrual problems: ☐ No ☐ Yes:

_____

Dental Home: ☐ No ☐ Yes: _____ ☐ Regular visits

Brushing twice daily: ☐ Yes ☐ No: _____

Sleep: ☐ No concerns

_____

Physical Activity:

Exercise (60 min/d): ☐ Yes ☐ No: _____

Screen time: h/d: _____

Family media use plan discussed: ☐ Yes ☐ No

School: Grade: _____ IEP/504/behavior plan: ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Performance: ☐ NL _____

Parent/teacher concerns: ☐ None

Activities:

Tobacco, alcohol, and drug use: ☐ None

Sexual Orientation/Gender Identity:

Sexual Activity: ☐ Denies

Mood: ☐ No concerns

SAMPLE
For Review and Reference Only

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

The recommendations in this form do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Original form included as part of the *Bright Futures Tool and Resource Kit,* 2nd Edition. The American Academy of Pediatrics (AAP) does not review or endorse any modifications made to this form and in no event shall the AAP be liable for any such changes.

© 2019 American Academy of Pediatrics. All rights reserved.

Name: _____

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

- ☐ Forms caring, supportive relationships with family members, other adults, and peers
- ☐ Engages in a positive way with the life of the community
- ☐ Engages in behaviors that optimize wellness and contribute to a healthy lifestyle
  - Engages in healthy nutrition and physical activity behaviors
  - Chooses safety
- ☐ Demonstrates physical, cognitive, emotional, social, and moral competencies
- ☐ Exhibits compassion and empathy
- ☐ Exhibits resilience when confronted with life stressors
- ☐ Uses independent decision-making skills
- ☐ Displays a sense of self-confidence, hopefulness, and well-being

Concerns: _____

SOCIAL AND FAMILY HISTORY

Areas reviewed and updated as needed (See Initial History Questionnaire.): ☐ Social History ☐ Family History

Changes since last visit: _____ ☐ No interval change

Smoking household: ☐ No ☐ Yes: _____ Firearms in home: ☐ No ☐ Yes: _____

Adolescent lives with: _____

Relationships with parents/siblings: _____

REVIEW OF SYSTEMS

☐ A 10-point review of systems was performed and results were negative except for any positive results listed below.
Bold = Focus area for this Bright Futures Visit

Constitutional: _____ **Respiratory:** _____ **Skin:** _____

Eyes: _____ **Gastrointestinal:** _____ **Neurological:** _____

Head, **Ears, Nose, and Throat:** _____ **Genitourinary:** _____ Other: _____

Cardiovascular: _____ **Musculoskeletal:** _____ Other: _____

PHYSICAL EXAMINATION

☑ = System examined **Bold** = Focus area for this Bright Futures Visit
Normal examination findings in text. Cross out abnormalities. Describe other findings in the area provided.

☐ **General:** Well-appearing adolescent. **Normal BMI and BP for age.** _____

☐ Eyes: Pupils equal, round, and reactive to light. Extraocular eye movements intact. Normal funduscopic examination findings. _____

☐ Ears, nose, mouth and throat: Tympanic membranes with visible light reflex bilaterally. Healthy-appearing teeth without visible caries.

☐ Neck: Supple, with full range of motion and no significant adenopathy. _____

☐ Heart: Regular rate and rhythm. No murmur. _____

☐ Respiratory: Breath sounds clear bilaterally. Comfortable work of breathing. _____

☐ Abdomen: Soft, with no palpable masses. _____

☐ Genitourinary:

- ☐ Normal female external genitalia. _____
- ☐ Normal male external genitalia. **No hydrocele, hernia, varicocele, or masses. No gynecomastia.**

_____

Sexual Maturity Rating

- ☐ **Female: Breast development SMR** _____**, pubic hair SMR** _____
- ☐ **Male: Testicular development SMR** _____**, pubic hair SMR** _____

☐ **Musculoskeletal: Spine straight without deformities. No significant scoliosis.** Full range of motion.

_____

☐ Neurological: Normal gait. Normal strength and tone. _____

☐ **Skin:** Warm and well perfused. **No acanthosis nigricans. No signs of cutting or other self-injury.** No lesions or birthmarks.

_____

SAMPLE
For Review and Reference Only

Name: _____

ASSESSMENT

☐ Well adolescent ☐ Normal BMI percentile for age ☐ Normal BP for age

ANTICIPATORY GUIDANCE

☑ Discussed and/or handout given

☐ **SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**
- Interpersonal violence
- Living situation and food security
- Family substance use
- Connectedness with family, peers, and community
- School performance
- Coping with stress and decision-making

☐ **DEVELOPMENT AND MENTAL HEALTH**
- Family rules and routines, concern for others, and respect for others
- Patience and control over anger

☐ **PHYSICAL GROWTH AND DEVELOPMENT**
- Oral health
- Body image
- Healthy eating
- Physical activity and sleep

☐ **EMOTIONAL WELL-BEING**
- Mood regulation and mental health
- Sexuality

☐ **RISK REDUCTION**
- Pregnancy and sexually transmitted infections
- Tobacco, e-cigarettes, alcohol, and prescription or street drugs
- Acoustic trauma

☐ **SAFETY**
- Seat belt and helmet use
- Sun protection
- Substance use and riding in a vehicle
- Firearm safety

PLAN

Immunizations: ☐ Vaccine Administration Record reviewed Administered today: _____ ☐ Up-to-date for age

Universal Screening:

☐ Depression screening (annual ages 12–14): Screening tool used: _____ Result: ☐ Neg ☐ Pos: _____

☐ Tobacco, alcohol, and drug use (annual ages 12–14): Screening tool used: _____ Result: ☐ Neg ☐ Pos: _____

☐ Dyslipidemia (once between 9 and 11): ☐ Completed age: _____ Result: ☐ Within reference range ☐ Abnormal: _____ Follow-up: _____

☐ Hearing (once between 11 and 14): ☐ Completed age: _____ Result: ☐ Normal hearing BL ☐ Abnormal: _____ Follow-up: _____

☐ Vision (once age 12): Result: ☐ Normal vision for age ☐ Abnormal: _____ Follow-up: _____

Selective Screening (based on risk assessment) (See Previsit Questionnaire.):

☐ Anemia ☐ Dyslipidemia ☐ Hearing ☐ HIV ☐ Sexually transmitted infections ☐ Tuberculosis ☐ Vision

Comments/results:

Follow-up:

☐ Routine follow-up in 1 year ☐ Next visit: _____ ☐ Referral to: _____

PRINT NAME.	SIGNATURE
Provider 1	
Provider 2	

Consistent with *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,* 4th Edition

SAMPLE
For Review and Reference Only

HOJAS INFORMATIVAS DE BRIGHT FUTURES ▶**PADRES**

VISITA MÉDICA DE 11 HASTA 14 AÑOS

Aquí encontrará algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser valiosas para su familia.

CÓMO ESTÁ SU FAMILIA

- Incentive a su hija a ser parte de las decisiones familiares. Bríndele la oportunidad de tomar más decisiones propias a medida que crezca.
- Incentive a su hija a pensar cómo resolver sus problemas son el apoyo de usted.
- Ayude a su hija a encontrar actividades que le interesen, además de sus trabajos escolares.
- Ayude a su hija a encontrar actividades que ayuden a los demás.
- Ayude a su hija a manejar conflictos.
- Ayude a su hija a encontrar formas no violentas de controlar su ira o miedo.
- Si le preocupan sus condiciones de vida o alimenticias, hable con nosotros. Las agencias y programas comunitarios como SNAP también pueden brindar información y asistencia.

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO

- Ayude a su hija a ir al dentista dos veces al año.
- Dele suplemento de fluoruro a su hija si el dentista lo recomienda.
- Incentive a su hija a cepillarse los dientes dos veces al día y usar hilo dental una vez al día.
- Dígale un cumplido a su hija cuando haga algo bien, no solo cuando se vea bien.
- Apoye el peso saludable del cuerpo de su hija y ayúdelo a alimentarse con comida saludable.
  - Bríndele comidas saludables.
  - Coman juntos como familia.
  - Sea un modelo a seguir.
- Ayude a su hija a consumir suficiente calcio con leche baja o libre de grasa, yogurt bajo en grasa, y queso.
- Incentive a su hija a realizar al menos 1 hora de actividad física por día. Asegúrese de que utilice cascos y otros equipos de protección.
- Considere hacer un plan para el consumo mediático de su familia. Establezca reglas para el uso de los medios de comunicación para equilibrar el tiempo de su hija entre sus actividades físicas y sus otras actividades.
- Consulte con la maestra de su hija acerca de sus notas. Asista a los eventos de vuelta a la escuela, a las reuniones de padres y maestros, y a otros eventos escolares, si es posible.
- Hable con su hija cuando asuma las responsabilidades acerca de sus trabajos para la escuela.
- Ayude a su hija a organizar su tiempo, si lo necesita.
- Incentívela a leer todos los días.

LOS SENTIMIENTOS DE SU HIJO

- Encuentre formas de pasar tiempo con su hijo.
- Si le preocupa que su hijo este triste, deprimido, nervioso, irritable, desesperado, o enojado, avísenos.
- Hable con su hijo acerca de cómo cambia su cuerpo durante la pubertad.
- Si tiene dudas acerca del desarrollo sexual de su hijo, siempre puede hablar con nosotros.

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

- Ayude a su hijo a encontrar cosas divertidas y seguras para hacer.
- Asegúrese de que su hijo sepa cómo usted se siente acerca del consumo de alcohol y drogas.
- Conozca a los amigos de su hijo y a las familias. Siempre sepa dónde está su hijo y qué está haciendo.
- Guarde su licor en un armario con llave.
- Guarde sus medicamentos recetados en un armario con llave.
- Hable con su hijo acerca de las relaciones, del sexo y de los valores.
- Si se siente incómodo al hablar acerca de la pubertad y de las presiones sexuales con su hijo, por favor, pídanos información útil a nosotros o a otras personas en quienes confíe.
- Utilice reglas claras y consistentes y disciplina con su hijo.
- Sea un modelo a seguir.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recurso útil: Plan para el consumo mediático de su familia: www.healthychildren.org/MediaUsePlan/es

VISITA MÉDICA DE 11 HASTA 14 AÑOS: PADRES

SEGURIDAD

- Asegúrese de que todos usen cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro siempre.
- Bríndele un casco que ajuste correctamente y un equipo de seguridad para andar en bicicletas, patinetas, patines, esquís, motos de nieve, y caballos.
- Utilice un sombrero, ropa para protegerla del sol y protector solar con FPS 15 o mayor en la piel expuesta al sol. Limite el tiempo afuera del hogar cuando el sol esté muy fuerte (11:00 a. m.–3:00 p. m.).
- No permita que ande en cuadriciclos.
- Asegúrese de que sepa cómo obtener ayuda si se siente insegura.
- Si es necesario tener un arma en su casa, guárdela descargada y bajo llave, con las municiones bajo llave en otro lugar.

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.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

La información incluida en estas hojas informativas 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. Hojas informativas originales incluidas como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La inclusión en estas hojas informativas no implica el respaldo de la American Academy of Pediatrics (AAP). La AAP no es responsable del contenido de los recursos mencionados en estas hojas informativas. Las direcciones de los sitios web se encuentran lo más actualizadas posible, pero pueden cambiar con el tiempo.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en estas hojas informativas y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Handout: 11 and 14 Year Visits (Parent)*

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

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

HOJAS INFORMATIVAS DE BRIGHT FUTURES ▶**PACIENTE**

VISITA MÉDICA DE 11 HASTA 14 AÑOS

Aquí encontrará algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser valiosas para usted y su familia.

CÓMO TE ESTÁ YENDO

- Disfruta de pasar tiempo con tu familia. Busca formas para ayudar en tu hogar.
- Sigue las reglas de tu familia.
- Intenta ser responsable con tus trabajos de la escuela.
- Si necesitas ayuda para organizarte, pídele a tus padres o maestros.
- Intenta leer todos los días.
- Encuentra actividades que te interesen mucho, tales como un deporte o teatro.
- Encuentra actividades que ayuden a los demás.
- Encuentra formas de lidiar con el estrés que funcionen para ti.
- No fumes cigarrillos ni cigarrillos electrónicos, no consumas drogas ni bebas alcohol. Habla con nosotros si estas preocupado por la escuela o por el consumo de drogas en tu familia.
- Siempre habla para solucionar problemas y nunca uses la violencia.
- Si te enojas con alguien, trata de dar la vuelta e irte.

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

- Busca cosas divertidas y seguras para hacer.
- Habla con tus padres acerca del consumo de alcohol y drogas.
- Dile "¡no!" a las drogas, el alcohol, y a los cigarrillos y cigarrillos electrónicos y al sexo. Está bien decir "¡no!".
- No compartas tus medicamentos recetados; no consumas los medicamentos de otra persona.
- Elige amigos que apoyen tu decisión de no consumir tabaco, alcohol, o drogas. Apoya a tus amigos que eligen no consumir.
- Las relaciones sentimentales saludables se basan en el respeto, interés, y en hacer cosas que a ambos les guste hacer.
- Habla con tus padres acerca de las relaciones, del sexo y de los valores.
- Habla con tus padres o con otro adulto de confianza acerca de la pubertad y de las presiones sexuales. Planea cómo manejarte ante situaciones riesgosas.

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE TU CUERPO

- Cepíllate los dientes dos veces al día y usa hilo dental una vez al día.
- Ve al dentista dos veces al año.
- Usa un protector bucal cuando hagas algún deporte.
- Aliméntate con comida saludable. Te ayuda a desempeñarte bien en la escuela y en los deportes.
  - Consume vegetales, frutas, proteína magra, y cereales integrales en las comidas y en los bocadillos.
  - Reduce las comidas grasosas, con mucha azúcar o sal que sean bajas en nutrientes, como los caramelos, las papas fritas y el helado.
  - Come cuando tengas hambre. Deja de comer cuando estés satisfecho.
  - Come a menudo con tu familia.
  - Desayuna.
- Elige consumir agua en lugar de refrescos o bebidas para deportistas.
- Establece una meta para realizar al menos 1 hora de actividad física por día.
- Duerme lo suficiente.

TUS SENTIMIENTOS

- Siéntete orgulloso de ti mismo cuando hagas algo bien.
- Es normal tener altibajos en tu humor, pero si te sientes triste la mayor parte del tiempo, avísanos para poder ayudarte.
- Es importante que tengas información correcta acerca de la sexualidad, tu desarrollo físico, y tus sentimientos sexuales hacia el sexo opuesto o tu mismo sexo. Habla con nosotros si tienes preguntas.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

VISITA MÉDICA DE 11 HASTA 14 AÑOS: PACIENTE

MANTENERTE SEGURO

- Usa siempre el cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro.
- Utiliza equipos de protección, como cascos, cuando hagas algún deporte, andes en bicicleta, en patineta, esquís, y patines.
- Siempre utiliza un chaleco salvavidas cuando hagas deportes de agua.
- Siempre utiliza protector solar y un sombrero cuando estés afuera. Trata de no estar demasiado tiempo afuera entre las 11:00 a. m. y las 3:00 p. m., cuando es fácil quemarse con el sol.
- No andes en cuadriciclos.
- No viajes en un automóvil con una persona que haya consumido alcohol o drogas. Llama a tus padres o a otro adulto en quien confíes si te sientes inseguro.
- Pelear con armas o llevarlas encima puede ser peligroso. Habla con tus padres, maestros, o médico acerca de cómo evitar estas situaciones.

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.

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

La información incluida en estas hojas informativas 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. Hojas informativas originales incluidas como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition.

La inclusión en estas hojas informativas no implica el respaldo de la American Academy of Pediatrics (AAP). La AAP no es responsable del contenido de los recursos mencionados en estas hojas informativas. Las direcciones de los sitios web se encuentran lo más actualizadas posible, pero pueden cambiar con el tiempo.

La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en estas hojas informativas y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

Translation of *Bright Futures Handout: 11 and 14 Year Visits (Patient)*

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

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®