NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

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 la 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.

- ☐ Mi hija adolescente hace cosas que la ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activa y mantenerse segura.
- ☐ 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.
- ☐ Mi hija adolescente tiene, al menos, un amigo o un grupo de amigos con los que se siente cómoda.
- ☐ 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.
- ☐ Mi hija adolescente es capaz de recuperarse cuando las cosas no salen como ella quiere.
- ☐ Mi hijo adolescente se siente esperanzado y seguro de sí mismo.
- ☐ Mi hijo adolescente 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 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?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
	¿Le han diagnosticado a su hijo adolescente 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 adolescente, ¿tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	Si tiene una hija adolescente, ¿su periodo menstrual dura más de 5 días?	O No	O Sí	O 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)?	O No	O Sí	O 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?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo adolescente?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo adolescente contiene flúuro?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	Los adolescentes sexualmente activos corren 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 adolescente está infectado con [illegible]?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente o algún miembro de su familia nació, viajó a algún país donde es común la tuberculosis (en incluye países en Africa, Asia, América Latina y Europa del Este)?	O No	O Sí	O 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?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo adolescente?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente ha reprobado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente 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 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?		O No	O A veces	O Sí
¿Está su hijo adolescente involucrado en esa violencia?		O No	O A veces	O Sí
¿Su hijo adolescente ha sido amenazado alguna vez con daño físico o ha sido herido en una pelea?		O No	O A veces	O Sí
¿Su hijo adolescente ha intimidado a otros?		O No	O A veces	O Sí
¿Su hijo adolescente ha sido suspendido de la escuela por pelear, intimidar o portar un arma?		O No	O A veces	O Sí
¿Conoce a los amigos de su hijo y las actividades en las que participan o a las que asisten?		O Sí	O A veces	O No
Si su hijo adolescente está en una relación, ¿es respetuosa?	O N/C	O Sí	O A veces	O No
¿Su hija adolescente le informaría si alguien la presionara o la forzara a tener relaciones sexuales?		O Sí	O A veces	O No

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

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

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO ADOLESCENTE

Dientes saludables			
¿Su hijo adolescente ve 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 el peso, los hábitos alimenticios o la actividad física de su hijo adolescente?	O No	O A veces	O Sí
¿Su hijo adolescente habla sobre engordar o hacer dieta para bajar de peso?	O No	O A veces	O Sí
Alimentación saludable			
¿Cree usted que su hijo adolescente 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
¿Comen juntos en familia?	O Sí	O A veces	O 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.	O Sí	O A veces	O No
¿Existen oportunidades para ejercitarse de manera segura al aire libre en su vecindario?	O Sí	O A veces	O No
¿Usted y su hijo adolescente participan juntos en actividades físicas?	O Sí	O A veces	O 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?	O No	O A veces	O 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?	O Sí	O A veces	O No

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

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?	O Sí	O A veces	O No
¿Cree usted que su hijo adolescente duerme lo suficiente?	O Sí	O A veces	O 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?	O No	O A veces	O Sí
¿Está su hijo adolescente frecuentemente irritable?	O No	O A veces	O Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la salud emocional de su hijo adolescente, como estar frecuentemente triste o deprimido?	O No	O A veces	O Sí
¿Su hijo adolescente se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	O No	O A veces	O Sí
Sexualidad			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre relaciones, citas y sexo?	O Sí	O A veces	O No
¿Ha hablado con su hijo sobre su sexualidad?	O Sí	O A veces	O No
¿Tienes reglas de la casa sobre restricciones para salir, fiestas, citas y amigos?	O Sí	O A veces	O No
¿Sabe dónde están los amigos de su hijo adolescente y qué están haciendo?	O Sí	O A veces	O No

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Está preocupado por las presiones sexuales de su hijo adolescente?	O No	O A veces	O Sí
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre el uso del alcohol y las drogas?	O Sí	O A veces	O No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo adolescente consume actualmente alcohol o drogas, o las ha usado en el pasado?	O No	O A veces	O Sí
¿Ha discutido las consecuencias si descubre que su hijo adolescente está consumiendo tabaco, alcohol o drogas?	O Sí	O A veces	O No
Trauma acústico			
¿Su hijo adolescente escucha a menudo música alta?	O No	O A veces	O Sí

SEGURIDAD

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Su hijo adolescente siempre usa cinturón de seguridad de regazo y hombro y un casco para bicicleta?	O Sí	O A veces	O No
¿Tiene reglas o restricciones para conducir?	O Sí	O A veces	O No
Protección solar			
¿Su hijo adolescente usa protector solar?	O Sí	O A veces	O No
Seguridad de las armas			
¿Hay un arma en su casa o en las casas donde pasa tiempo su hijo adolescente?	O No	O A veces	O Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	O Sí	O A veces	O No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	O Sí	O A veces	O No
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre la seguridad de las armas?	O Sí	O A veces	O 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: 15 Through 17 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 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.

- ☐ 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 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?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez le han diagnosticado anemia ferropénica?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	Para las mujeres: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	Para las mujeres: ¿Su período dura más de 5 días?	○ No	○ Sí	○ 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)?	○ No	○ Sí	○ 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?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Salud bucal	¿Su fuente primaria de agua contiene fluoruro?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales, incluyendo las relaciones sexuales o el sexo oral? **EN CASO NEGATIVO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN (VIH).**	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Tiene sexo sin protección?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Tiene relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas anónimas?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Es usted o alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales bisexual?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez ha sido tratado por una infección de transmisión sexual?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales está infectada con el VIH o ha consumido drogas inyectables?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Intercambia sexo por dinero o drogas o tienes parejas sexuales que lo hacen?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	Para los hombres: ¿Alguna vez ha tenido sexo con otros hombres?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
VIH	¿Usa o ha usado drogas inyectables?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Está usted infectado con el VIH?	○ No	○ Sí	○ 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)?	○ No	○ Sí	○ 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?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Visión	¿Le preocupa su visión?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿No ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Tiende a entrecerrar los ojos?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

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?	O Sí	O A veces	O No
¿Se siente seguro en la escuela y al ir y volver de la escuela?	O Sí	O A veces	O No
¿Ha sido intimidado en persona, en Internet o a través de las redes sociales?	O No	O A veces	O Sí
¿Tiene maneras que le ayuden a lidiar con el enojo?	O Sí	O A veces	O No
¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 12 meses?	O No	O A veces	O Sí
¿Alguna vez ha llevado un arma a la escuela?	O No	O A veces	O Sí
¿Pertenece a una pandilla o conoces a alguien en una pandilla?	O No	O A veces	O Sí
¿Alguna vez lo han tocado de una manera sexual que lo ha hecho sentir incómodo?	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
¿Alguna vez ha estado en una relación con alguien que lo amenazó o lastimó?	O No	O A veces	O 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?	O No	O A veces	O Sí
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en su vida a quien le preocupe el consumo de tabaco, alcohol o drogas?	O No	O A veces	O Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿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
¿Sigue las reglas y límites de su familia?	O Sí	O A veces	O No
¿Se lleva bien con sus amigos y otros en la escuela?	O Sí	O A veces	O No
Relación con la comunidad			
¿Tiene intereses fuera de la escuela?	O Sí	O A veces	O No
¿Hace cosas en las que es bueno o de las que está orgulloso?	O Sí	O A veces	O No
Desempeño escolar			
¿Ha faltado más días a la escuela en algún mes?	O No	O A veces	O Sí
¿Le va bien en la escuela?	O Sí	O A veces	O No
¿Tiene algún problema en la escuela?	O No	O A veces	O Sí
¿Tiene planes para lo que hará después de la escuela secundaria?	O Sí	O A veces	O No
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Tiene maneras de lidiar con el estrés?	O Sí	O A veces	O No
¿Se preocupa o se siente estresado la mayor parte del tiempo?	O No	O A veces	O Sí

SU VIDA DIARIA

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	O Sí	O A veces	O No
¿Usa hilo dental una vez al día?	O Sí	O A veces	O No
¿Ve al dentista dos veces al año?	O Sí	O A veces	O No
¿Mastica chicle o tabaco?	O No	O A veces	O Sí
¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	O Sí	O A veces	O No

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PACIENTES

SU VIDA DIARIA (*CONTINUACIÓN*)

Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	○ No	○ A veces	○ Sí
¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	○ No	○ A veces	○ Sí
¿Alguna vez se han burlado de usted por su peso?	○ No	○ A veces	○ Sí
Alimentación saludable			
¿Tiene acceso a opciones de alimentos saludables?	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Come frutas y verduras todos los días?	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?	○ No	○ A veces	○ Sí
¿Alguna vez se saltea comidas?	○ No	○ A veces	○ Sí
¿Come con su familia?	○ Sí	○ A veces	○ 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.	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Cuánto tiempo pasa todos los días viendo la televisión, jugando videojuegos, usando computadoras, tabletas o smartphones (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas		
¿Duerme 8 o más horas cada noche?	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Tiene problemas para dormir por la noche o para despertarse por la mañana?	○ No	○ A veces	○ Sí

SU BIENESTAR EMOCIONAL

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

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Relaciones románticas y actividad sexual				
Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?	○ N/C	○ Sí	○ A veces	○ No
¿Alguna vez ha tenido sexo, incluido sexo oral, vaginal o anal? *En caso negativo, pase a la siguiente sección.*		○ No	○ A veces	○ Sí
¿Está teniendo sexo, incluido sexo oral, con alguien?		○ No	○ A veces	○ Sí
¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?		○ No	○ A veces	○ Sí
¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?		○ Sí	○ A veces	○ No
¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?		○ Sí	○ A veces	○ No
¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?		○ Sí	○ A veces	○ No
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle				
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos o usado cigarrillos electrónicos?		○ No	○ A veces	○ Sí
¿Alguna vez ha bebido alcohol?		○ No	○ A veces	○ Sí
¿Alguna vez ha consumido drogas (incluidos marihuana o drogas callejeras)?		○ No	○ A veces	○ Sí
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?		○ No	○ A veces	○ Sí
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

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Completar en letra imprenta.

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

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 Patients)*

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

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

CLEAR FORM

Well Adolescent | 15 Through 17 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:

Employment: ☐ None ☐ Currently working: _____

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 significant scoliosis or kyphosis.** Full range of motion.

_____

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

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

_____

SAMPLE
For Review and Reference Only

Well Adolescent | 15 Through 17 Year Visits

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
- Firearm safety
- Substance use and riding in a vehicle

PLAN

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

Universal Screening:

☐ Depression screening (annually): Screening tool used: _____ Result: ☐ Neg ☐ Pos: _____

☐ Tobacco, alcohol, and drug use (annually): Screening tool used: _____ Result: ☐ Neg ☐ Pos: _____

☐ Dyslipidemia (once between 17 and 21): ☐ Complete age: ____ Result: ☐ Within reference range ☐ Abnormal: _____ Follow-up: _____

☐ Hearing (once between 15 and 17): ☐ Complete age: ____ Result: ☐ Normal hearing BL ☐ Abnormal: _____ Follow-up: _____

☐ HIV (once between 15 and 18): ☐ Completed age: ____ Result: ☐ Neg ☐ Pos: _____

☐ Vision (once age 15): 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 15 HASTA 17 AÑOS

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

CÓMO ESTÁ SU FAMILIA

- Reserve tiempo para estar con su hija adolescente y escuche sus anhelos y sus preocupaciones.
- Apoye a su hijo adolescente para que encuentre actividades que le interesen. Incentive a su hijo adolescente a ayudar a otros en su comunidad.
- Ayude a su hijo adolescente a encontrar y formar parte de actividades positivas y deportes luego de la escuela.
- Ayude a su hija adolescente a encontrar formas de lidiar con el estrés, resolver problemas, y tomar decisiones.
- Ayude a su hija adolescente a manejar conflictos.
- 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 ADOLESCENTE

- Asegúrese de que su hijo adolescente vaya al dentista al menos dos veces al año.
- Dele suplemento de fluoruro a su hijo adolescente si el dentista lo recomienda.
- Apoye el peso saludable del cuerpo de su hijo adolescente y ayúdelo a alimentarse con comida saludable.
  - Bríndele comidas saludables.
  - Coman juntos como familia.
  - Sea un modelo a seguir.
- Ayude a su hijo adolescente a consumir suficiente calcio con leche baja o libre de grasa, yogurt bajo en grasa, y queso.
- Incentívelo a realizar al menos 1 hora de actividad física por día.
- Dígale un cumplido a su hija adolescente cuando haga algo bien, no solo cuando se vea bien.

LOS SENTIMIENTOS DE SU HIJO ADOLESCENTE

- Si le preocupa que su hijo adolescente este triste, deprimido, nervioso, irritable, desesperado, o enojado, avísenos.
- Si tiene dudas acerca del desarrollo sexual de si hijo adolescente, siempre puede hablar con nosotros.

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

- Conozca a los amigos de su hijo adolescente y a sus padres. Siempre sepa dónde está su hijo adolescente y qué está haciendo.
- Hable con su hijo adolescente acerca de sus valores y expectativas acerca del consumo de alcohol, drogas, tabaco, de conducir y del sexo.
- Dígale cumplidos a su hijo adolescente por sus decisiones saludables acerca del sexo, tabaco, alcohol, y otras drogas.
- Sea un modelo a seguir.
- Conozca a los amigos de su hijo adolescente y lasactividades que realizan juntos.
- Guarde su licor en un armario con llave.
- Guarde sus medicamentos recetados en un armario con llave.
- Esté presente cuando su hija adolescente necesite apoyo o ayuda para tomar decisiones saludables acerca de su comportamiento.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

VISITA MÉDICA DE 15 HASTA 17 AÑOS: PADRES

SEGURIDAD

- Incentive hábitos seguros y responsables a la hora de conducir.
  - Todos deberían utilizar cinturones de seguridad en el regazo y en los hombros.
  - Reduzca el número de amigos en el automóvil y pídale a su hijo adolescente que evite conducir de noche.
  - Discuta con su hijo adolescente cómo evitar situaciones riesgosas, a quién llamar si se siente inseguro, y qué expectativas tiene usted de él como conductor.
  - No tolere que beba y conduzca.
- 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: 15 and 17 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 15 HASTA 17 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.
- Encuentra formas para trabajar con tu familia para resolver problemas. Sigue las reglas de tu familia.
- Forma amistades saludables y encuentra cosas divertidas y seguras para hacer con tus amigos.
- Establece metas altas para tu desempeño en la escuela y en tus actividades y para tu futuro.
- Intenta ser responsable con tus trabajos de la escuela y para llegar a tiempo a la escuela y el trabajo.
- Encuentra formas para lidiar con el estrés. Habla con tus padres o con otros adultos de confianza si necesitas ayuda.
- Siempre habla para solucionar problemas y nunca uses la violencia.
- Si te enojas con alguien, date la vuelta y vete si puedes.
- Pide ayuda si estás en una situación que se siente peligrosa.
- Las relaciones sentimentales saludables se basan en el respeto, interés, y en hacer cosas que a ambos les guste hacer.
- Cuando estás en una cita o en una situación sexual, "no" significa NO. Está bien decir que NO.
- 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.

TU VIDA DIARIA

- Ve al dentista al menos dos veces al año.
- Cepíllate los dientes al menos dos veces al día y usa hilo dental una vez al día.
- 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 y 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.
- Bebe mucha agua. Elige consumir agua en lugar de refrescos o bebidas para deportistas.
- Asegúrate de consumir la cantidad suficiente de calcio por día.
- Consume 3 o más porciones de leche baja (1%) o libre de grasas y otros productos lácteos bajos en grasas, como el yogurt y el queso.
- Establece una meta para realizar al menos 1 hora de actividad física por día.
- Usa tu protector bucal cuando hagas algún deporte.
- Duerme lo suficiente.

TUS SENTIMIENTOS

- Siéntete orgulloso de ti mismo cuando hagas algo bien.
- Encuentra formas saludables para lidiar con el estrés.
- Desarrolla formas para resolver problemas y tomar buenas decisiones.
- Es normal sentirse bien en algunas ocasiones y mal en otras, 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. Por favor, considera hablar con nosotros si tienes preguntas.

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

- Elige amigos que apoyen tu decisión de no consumir tabaco, alcohol, o drogas. Apoya a tus amigos que eligen no consumir.
- Evita situaciones con alcohol o drogas.
- No compartas tus medicamentos recetados. No consumas los medicamentos de otra persona.
- La abstinencia es la mejor forma de evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Planifica cómo evitar el sexo y las situaciones riesgosas.
- Si eres sexualmente activo, protégete del embarazo y de las ITS utilizando anticonceptivos y condones de manera correcta y consistente.
- Protege tus oídos en el trabajo, en tu casa y en conciertos. Mantén el volumen de tus auriculares bajo.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

VISITA MÉDICA DE 15 HASTA 17 AÑOS: PACIENTE

MANTENERTE SEGURO

- Siempre sé un conductor seguro y cauteloso.
  - Insiste para que todos utilicen cinturón de seguridad en el regazo y en los hombros.
  - Reduce el número de amigos en el automóvil y evita conducir de noche.
  - Evita las distracciones. Nunca envíes mensajes de texto ni hables por teléfono móvil mientras conduces.
- No viajes en un vehículo con alguien te haya estado consumiendo drogas o alcohol.
  - Si te sientes inseguro conduciendo o viajando con alguien, llama a alguien en quien confíes para que te lleve.
- Usa cascos y equipos de protección cuando hagas deportes. Utiliza casco cuando andes en bicicleta, en motocicleta, en cuadriciclos, en esquís o patineta. Utiliza un chaleco salvavidas cuando hagas deportes de agua.
- Siempre utiliza protector solar y un sombrero cuando estés afuera.
- 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: 15 and 17 Year Visit (Patient)*

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

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