

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 18 HASTA 21 AÑOS

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 ALGO 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 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 18 HASTA 21 AÑOS

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿Su dieta incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez le han diagnosticado anemia ferropénica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted o su familia se esfuerzan alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para las mujeres: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para las mujeres: ¿Su período dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un diagnóstico de enfermedad cardíaca o problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene usted un padre con un nivel elevado de colesterol en su sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales, incluidas las relaciones sexuales o el sexo oral? EN CASO NEGATIVO, PASE A LA SECCIÓN DE SECCIÓN (VIH)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene sexo sin protección?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas anónimas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Es usted o alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales bisexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez ha sido tratado por una infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales está infectada con el VIH o ha consumido drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Intercambia sexo por dinero o drogas o tienes parejas sexuales que lo hacen?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para los hombres: ¿Alguna vez ha tenido sexo con otros hombres?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
VIH	¿Usa o ha usado drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Está usted infectado con el VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Usted o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Estuvo usted en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿No ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Le preocupa su visión?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiende a entrecerrar los ojos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

VISITAS MÉDICAS DE 18 HASTA 21 AÑOS

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo van las cosas para usted y su familia?

CÓMO LE ESTÁ YENDO

Violencia interpersonal			
¿Se lleva bien con la gente con la que vive?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene maneras que le ayuden a lidiar con el enojo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Conoce a alguien en una pandilla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Pertenece a una pandilla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez le han pegado, abofeteado o lastimado físicamente mientras estaba en un grupo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez lo han tocado de una manera sexual en contra de sus deseos o sin su consentimiento?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha sido forzado a tener relaciones sexuales?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha tenido 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
¿Se siente amenazado por alguien?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Le preocupa que pueda lastimar a alguien más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Se siente seguro en su situación de vivienda actual?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas			
¿Hay alguien en su vida a quien le preocupe el consumo de tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Tiene un amigo íntimo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se lleva bien con los miembros de su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene actividades que le gusten hacer después de la escuela o en el trabajo o los fines de semana?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a otros en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Se ha graduado de la escuela secundaria o ha completado un GED?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene planes para el trabajo o la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Se siente realmente estresado todo el tiempo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene estrategias para reducir o aliviar su estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

SU VIDA DIARIA

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Usa hilo dental una vez al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ve al dentista regularmente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para acceder al cuidado dental?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

VISITAS MÉDICAS DE 18 HASTA 21 AÑOS

SU VIDA DIARIA (CONTINUACIÓN)

Alimentación saludable			
¿Tiene acceso a 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 la mayoría de los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela? _____ horas			
¿Tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Transición a la atención médica de adultos			
¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene cobertura de seguro de salud?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

BIEESTAR EMOCIONAL

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

REGISTRAR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Relaciones románticas y actividad sexual			
Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Alguna vez ha tenido sexo oral, vaginal o anal? <i>En caso negativo, pase a la siguiente sección.</i>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha tenido pareja masculina y femenina?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle			
¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Bebe alcohol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Trauma acústico			
¿Utiliza tapones para los oídos o auriculares con cancelación de sonido para proteger su audición de ruidos fuertes o en conciertos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

VISITAS MÉDICAS DE 18 HASTA 21 AÑOS

MANTENERSE SEGURO

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Siempre usa un cinturón de seguridad de regazo y hombros?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patineta o motocicleta o un todoterreno?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Alguna vez usa su teléfono o tableta mientras conduce, incluso en las señales de alto?	<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 conduciendo o con quien viajar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Utiliza protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Visita salones de bronceado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Seguridad de las armas			
¿Tiene acceso a armas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha llevado un arma a la escuela o al trabajo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

De acuerdo con *Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 4th Edition.

Para obtener más información, diríjase a <https://brightfutures.aap.org>.



Well Young Adult | 18 Through 21 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: Young adult 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

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.

DEVELOPMENT

= Normal development See Previsit Questionnaire.

- Forms caring, supportive relationships with family members, other adults, and peers
- Engages in behaviors that optimize wellness and contribute to a healthy lifestyle
 - Engages in healthy nutrition and physical activity behaviors
 - Chooses safety
- Engages in a positive way with the life of the community
- 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: _____

Young adult 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 young adult. **Normal BMI and BP.** _____
- Eyes:** Pupils equal, round, and reactive to light. Extraocular eye movements intact. Normal fundoscopic 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 atypical nevi. No signs of self-injury or abuse. No hirsutism.** _____

ASSESSMENT

- Well young adult Normal BMI Normal BP

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
 - Transition to adult care
- 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
 - Driving and substance use
 - Firearm safety

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: _____
- Cervical dysplasia (women age 21): Result: Neg Pos: _____
- HIV (once between 15 and 18): Completed age: _____ Result: Neg Pos: _____

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*

HOJAS INFORMATIVAS DE BRIGHT FUTURES ► PACIENTE

VISITA MÉDICA DE 18 HASTA 21 AÑOS

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

✓ CÓMO TE ESTÁ YENDO

- Disfruta de pasar tiempo con tu familia.
- Encuentra actividades que te interesen mucho, tales como un deporte, teatro, o un voluntariado.
- Intenta ser responsable con tus trabajos de la escuela y tus responsabilidades laborales.
- Siempre habla para solucionar problemas y nunca uses la violencia.
- Si te enojas con alguien, trata de dar la vuelta e irte.
- Si te sientes inseguro en su hogar o alguien lo ha lastimado, avísanos. Las líneas directas y las agencias comunitarias también pueden proporcionar asistencia confidencial.
- Si te preocupan tus condiciones de vida o alimenticias habla con nosotros. Las agencias y programas comunitarios como SNAP pueden ayudar.
- No fumes cigarrillos ni cigarrillos electrónicos y no consumas drogas. Cuando puedas, evita a la gente que lo hace. Habla con nosotros si estas preocupado por la escuela o por el consumo de drogas en tu familia.

- ✓ La mayoría de las personas tiene altibajos. Si te sientes triste, deprimido, nervioso, irritable, sin esperanzas, o enojado, avísanos o acércate a otro profesional del cuidado de la salud.
- Encuentra formas saludables para lidiar con el estrés.
- Da todo de ti para resolver tus problemas y tomar decisiones propias.
- La sexualidad es una parte importante de tu vida. Si tienes preguntas o preocupaciones, estamos aquí para ayudarte.

✓ 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.
 - 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.
 - Desayuna.
- Bebe mucha agua.
- 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.
- Mujeres: Asegúrate de consumir alimentos ricos en ácido fólico, como semillas fortificadas y vegetales de hojas verde oscuro.
- Establece una meta para realizar al menos 1 hora de actividad física por día.
- Usa equipos de seguridad cuando hagas algún deporte.
- Duerme lo suficiente.
- Habla con nosotros acerca de administrar tu atención a la salud y tu seguro cuando seas adulto.

✓ ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

- Evita consumir drogas, alcohol, tabaco, esteroides, y píldoras dietéticas. Apoya a tus amigos que eligen no consumir.
- Si consumes drogas o alcohol, avísanos o habla con otro adulto de confianza. Podemos ayudarte a dejar o a reducir tu consumo.
- Toma decisiones saludables acerca de tu comportamiento sexual.
- Si eres sexualmente activo, siempre practica sexo seguro. Siempre utiliza anticonceptivos y condones para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual.
- Toda actividad sexual tiene que ser consentida. Nadie debe forzarte ni tratar de convencerte.
- Protege tus oídos en el trabajo, en tu casa y en conciertos. Mantén el volumen de tus auriculares bajo.

Recurso útil: La Línea Nacional de Violencia Doméstica: 800-799-7233

VISITA MÉDICA DE 18 HASTA 21 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 cuatriciclos, en esquís o patineta.
- 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>.

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



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: 18 and 21 Year Visits (Patient)*

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