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

Completar en letra imprenta.

American Academy of Pediatrics

CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES
VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

Bright Futures™

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 hijo o en la 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

¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo? ○ **No** ○ **Sí,** describa:

Marque cada uno de los puntos que son verdaderos para su hijo.

☐ Demuestra la habilidad de llevarse bien con los demás y controlar sus emociones.
☐ Elige comer alimentos saludables y participar en actividad física todos los días.
☐ Se relaciona con los miembros de la familia, con otros adultos y con sus compañeros.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	Si su hijo es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	○ Sí	○ No	○ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿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)?	○ No	○ Sí	○ 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?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo no ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos?	○ No	○ Sí	○ No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Violencia en el vecindario y en la familia (intimidación y peleas)		
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	○ No	○ Sí
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	○ No	○ Sí
¿Alguna vez su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	○ No	○ Sí
¿Ha hablado con su hijo sobre cómo obtener ayuda y a quién llamar si hay una emergencia?	○ No	○ Sí
¿Alguna vez le ha dicho su hija que la han tocado de una manera que la hizo sentir incómoda o en sus partes íntimas?	○ No	○ Sí
Seguridad alimentaria		
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	○ No	○ Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	○ No	○ Sí
Alcohol y drogas		
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	○ No	○ Sí
Daños de Internet		
¿Supervisa usted el uso de Internet de su hijo?	○ Sí	○ No
¿Tienen reglas sobre el uso de Internet?	○ Sí	○ No
¿Utiliza filtros de seguridad en computadoras, tabletas y smartphones?	○ Sí	○ No

MUESTRA para revisión o referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA *(CONTINUACIÓN)*

Seguridad emocional y autoestima		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	O Sí	O No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	O Sí	O No
Relación con la familia		
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	O Sí	O No
¿Su familia hace actividades junta?	O Sí	O No

EL DESARROLLO DE SU HIJO

¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	O Sí	O No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	O Sí	O No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	O Sí	O No
¿Le hace saber a su hijo cuando está haciendo un buen trabajo?	O Sí	O No
¿Su hijo tiene preocupaciones con frecuencia?	O No	O Sí
¿Tiene su hijo problemas para lidiar con el enojo o la frustración?	O No	O Sí
¿Ayuda a su hija a controlar su enojo, a lidiar con las preocupaciones y a resolver problemas?	O Sí	O No
Pubertad y desarrollo puberal		
¿Ha hablado con su hijo sobre cómo cambiará su cuerpo durante la pubertad?	O Sí	O No

ESCUELA

¿Le va bien a su hijo en la escuela?	O Sí	O No
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	O No	O Sí
¿Tiene su hijo alguna dificultad en la escuela o recibe ayuda adicional?	O No	O Sí
¿A su hijo le gusta la escuela?	O Sí	O No
¿Tiene su hijo amigos en la escuela?	O Sí	O No
¿Está su hijo involucrado en actividades después de la escuela?	O Sí	O No

MANTENERSE SALUDABLE

Dientes saludables		
¿Su hijo se cepilla los dientes dos veces al día?	O Sí	O No
¿Ve su hijo al dentista dos veces al año?	O Sí	O No
¿Usa su hijo un protector bucal si practica deportes de contacto?	O Sí	O No
Nutrición		
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso o los hábitos alimenticios de su hijo?	O No	O Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su hijo? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	O No	O Sí
¿Su hijo bebe o come 3 porciones de productos lácteos, como leche, queso o yogur, al día?	O Sí	O No
¿Comen juntos en familia?	O Sí	O No
¿Su hijo toma refrescos, jugos u otras bebidas endulzadas?	O No	O Sí
¿Su hijo desayuna todos los días?	O Sí	O No
Actividad física		
¿Está su hijo físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	O Sí	O No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo todos los días viendo la televisión, jugando videojuegos o usando computadoras, tabletas o smartphones (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas	
¿Su hijo tiene un televisor o un dispositivo conectado a Internet en su habitación?	O No	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 No

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

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

Completar en letra imprenta.

VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

MANTENERSE SALUDABLE *(CONTINUACIÓN)*

Actividad física *(continuación)*		
¿Su hijo tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	○ No	○ Sí
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	○ Sí	○ No

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo siempre se sienta en un asiento elevado con cinturón de seguridad o en el asiento trasero con un cinturón de seguridad de regazo y hombro cada vez que viaja en un vehículo?	○ Sí	○ No
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad de regazo y hombro o un asiento elevado para colocarse el cinturón de seguridad?	○ Sí	○ No
Seguridad al aire libre		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	○ Sí	○ No
¿Su hijo sabe nadar?	○ Sí	○ No
¿Su hijo sabe que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	○ Sí	○ No
¿Su hijo usa protector solar?	○ Sí	○ No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	○ No	○ Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	○ Sí	○ No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	○ Sí	○ No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	○ Sí	○ No
Daños por parte de los adultos		
¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus familias?	○ Sí	○ No
¿Su hijo sabe cómo obtener ayuda en caso de emergencia si usted no está presente?	○ Sí	○ No
¿Le ha enseñado a su hijo que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	○ Sí	○ No
¿Sabe su hijo que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes íntimas?	○ Sí	○ No

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

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.

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: 7 Year Visit*

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

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

Well Child | 7 and 8 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: ☐ Child 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: ☐ Good appetite ☐ Good variety

☐ Daily fruits and vegetables: _____

☐ Iron: Source: _____

☐ Calcium: Source: _____ Amount: _____

Comments:

Dental Home: ☐ No ☐ Yes: _____

Brushing twice daily: ☐ Yes ☐ No: _____

Fluoride: ☐ In water source ☐ Oral supplement ☐ Other: _____

Sugar-sweetened beverages: ☐ No ☐ Yes

Elimination: ☐ Regular soft stools: _____

Sleep: ☐ No concerns

Physical Activity:

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

Screen time: h/d: _____

Source: _____

Family media use plan discussed: ☐ Yes ☐ No

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

Performance: ☐ NL _____

Parent/teacher concerns: ☐ None

Behavior: ☐ No concerns

Parent-child-sibling interaction: ☐ NL _____

Cooperation: ☐ Yes ☐ No Oppositional behavior: ☐ Yes ☐ No

DEVELOPMENT

☑ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.

Caregiver concerns about development: ☐ None ☐ Yes: _____

☐ Shows the ability to get along with others and control emotions

☐ Chooses to eat healthy foods and participate in physical activity every day

☐ Forms caring, supportive relationships with family members, other adults, and peers

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: _____

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: _____

Observation of parent-child interaction: _____

Parents working outside home: ☐ One parent ☐ Both parents After-school care: _____

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 child. **Normal BMI and BP for age.** _____

☐ Head: Normocephalic and atraumatic. _____

☐ **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. No gingivitis. No malocclusion.**

☐ 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. _____

Sexual Maturity Rating

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

☐ **Musculoskeletal:** Spine straight. **Full range of motion in hips, knees, and ankles.** _____

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

☐ Skin: Warm and well perfused. No rashes or bruising. No atypical nevi or birthmarks. _____

Other comments: _____

ASSESSMENT

☐ Well child ☐ Normal interval growth (See growth chart.) ☐ Normal BMI percentile for age ☐ Normal BP percentile for age

SAMPLE
For Review and Reference Only

Name: _____

ANTICIPATORY GUIDANCE

☑ Discussed and/or handout given

☐ **SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**
- Neighborhood and family violence
- Food security
- Family substance use
- Harm from the Internet
- Emotional security and self-esteem
- Connectedness with family and peers

☐ **DEVELOPMENT AND MENTAL HEALTH**
- Independence
- Rules and consequences
- Temper problems and conflict resolution
- Puberty and pubertal development

☐ **SCHOOL**
- Adaptation to school
- School problems (behavior or learning issues)
- School performance and progress; school attendance
- IEP or special education services
- Involvement in school activities and after-school programs

☐ **PHYSICAL GROWTH AND DEVELOPMENT**
- Oral health
- Nutrition
- Physical activity

☐ **SAFETY**
- Car safety
- Safety during physical activity
- Water safety
- Sun protection
- Harm from adults
- Gun safety

PLAN

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

Universal Screening: ☐ None (age 7 y)

☐ Hearing (age 8 y): Result: ☐ Normal hearing BL ☐ Abnormal: _____

☐ Vision (age 8 y): Result: ☐ Normal vision for age ☐ Abnormal: _____

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

☐ Anemia ☐ Dyslipidemia ☐ Hearing (age 7 y) ☐ Oral health ☐ Tuberculosis ☐ Vision (age 7 y)

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**

VISITAS MÉDICAS DEL 7 Y 8 AÑO

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 independiente y responsable. Abrácela y dígale cumplidos.
- Pase tiempo con su hija. Conozca a sus amigos y a las familias.
- Siéntase orgulloso por el buen comportamiento y por los buenos resultados de su hija en la escuela.
- Ayude a su hija 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.
- No fume ni utilice cigarrillos electrónicos. No fume en su hogar ni en el automóvil. Los espacios libres de tabaco mantienen saludables a los niños.
- No consuma alcohol ni drogas. Si le preocupa que un miembro de su familia consuma, avísenos, o busque recursos locales o en línea que puedan ayudar.
- Coloque la computadora familiar en un lugar central.
  - Sepa con quién habla su hija cuando está en línea.
  - Instale un filtro de seguridad.

MANTENERSE SALUDABLE

- Lleve a su hija al dentista dos veces al año.
- Dele suplemento de fluoruro si el dentista lo recomienda.
- Ayude a su hija a cepillarse los dientes dos veces al día
  - Luego de desayunar
  - Antes de irse a dormir
- Utilice una cantidad de pasta dental con fluoruro del tamaño de un guisante.
- Ayude a su hija a utilizar hilo dental una vez al día.
- Incentive a su hija a utilizar un protector bucal para proteger sus dientes cuando juega a algún deporte.
- Promueva la alimentación saludable al
  - Comer juntos como familia a menudo
  - Servir vegetales, frutas, cereales integrales, proteína magra, y productos lácteos bajos o libres de grasa
  - Limitar los azúcares, sales, y alimentos con bajos nutrientes
- Limite el tiempo al frente de las pantallas a 2 horas (sin contar las tareas escolares).
- No coloque un televisor o computadora en la habitación de su hija.
- Considere hacer un plan para el consumo mediático de su familia. Le ayuda a establecer reglas para el consumo mediático y equilibrar el tiempo que pasa al frente de una pantalla con otras actividades, como el ejercicio.
- Incentive a su hija a jugar de manera activa por lo menos una hora por día.

EL CRECIMIENTO DE SU HIJO

- Asígnele tareas del hogar a su hijo y cuente con que las haga.
- Sea un buen modelo a seguir.
- No lo golpee ni permita que otros lo hagan.
- Ayude a su hijo a hacer cosas por sí mismo.
- Enséñele a su hijo a ayudar a los demás.
- Discuta reglas y sus consecuencias con su hijo.
- Sea consciente de la pubertad y de los cambios en el cuerpo de su hijo.
- Brinde respuestas simples para las preguntas de su hijo.
- Hable con su hijo acerca de sus preocupaciones.

ESCUELA

- Ayude a su hijo a prepararse para la escuela. Utilice las siguientes estrategias:
  - Organice rutinas para la hora de dormir para que duerma entre 10 y 11 horas.
  - Ofrézcale un desayuno saludable todas las mañanas.
- Asista a la noche de vuelta a la escuela, a los eventos de padres y maestros, y a la mayor cantidad de eventos escolares que sea posible.
- Hable con su hijo y con su maestra acerca de los bravucones.
- Hable con la maestra de su hijo si piensa que su hijo puede necesitar ayuda extra o tutorías.
- Sepa que la maestra de su hijo puede ayudar brindando evaluaciones para asistencia especial, si a su hijo no le está yendo bien en la escuela.

MUESTRA para revisión y referencia únicamente

Recursos útiles

Plan para el consumo mediático de su familia: www.healthychildren.org/MediaUsePlan/es | Línea de Ayuda para Dejar de Fumar: 800-784-8669
Información sobre Asientos de Seguridad para Automóvil, en inglés: www.safercar.gov/parents | Línea Gratuita Directa sobre Seguridad Automotriz: 888-327-4236

VISITAS MÉDICAS DEL 7 Y 8 AÑOS: PADRES

SEGURIDAD

- El asiento trasero es el lugar más seguro para ir en automóvil hasta que su hija cumpla 13 años.
- Su hija debería utilizar un asiento elevado a la altura del cinturón hasta que los cinturones de regazo y hombros le ajusten bien.
- Enséñele a nadar a su hija y mírela cuando esté en el agua.
- 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.).
- Utilice un casco que ajuste correctamente y un equipo de seguridad para andar en motocicletas, bicicletas, patinetas, patines, esquís, tablas de snowboard, y caballos.
- Si es necesario tener un arma en su casa, guárdela descargada y bajo llave, con las municiones bajo llave en otro lugar.
- Enséñele a su hija planes ante emergencias tales como el fuego. Enséñele a su hija cómo y cuándo llamar al 911.
- Enséñele a su hija cómo estar segura con otros adultos.
  - Ningún adulto debería pedirle a un niño que guarde secretos a sus padres.
  - Ningún adulto debería pedir ver las partes privadas de un niño.
  - Ningún adulto debería pedirle ayuda a un niño con las partes privadas del adulto.

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: 7 and 8 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**

VISITAS MÉDICAS DEL 7 Y 8 AÑO

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

CUIDARSE

- Si te enojas con alguien, trata de dar la vuelta e irte.
- No pruebes cigarrillos ni cigarrillos electrónicos. Son malos para ti. Date la vuelta si alguien te ofrece un cigarrillo.
- Habla con nosotros si estas preocupado por la escuela o por el consumo de drogas en tu familia.
- Entra en internet cuando tus padres dicen que puedes hacerlo. No des tu nombre, dirección, o número de teléfono en un sitio web a menos que tus padres digan que puedes hacerlo.
- Si quieres chatear en línea, primero díselo a tus padres.
- Si te sientes inseguro en línea, desconéctate y díselo a tus padres.
- Disfruta de pasar tiempo con tu familia. Ayuda en tu casa.

COMER BIEN Y SER ACTIVO

- Cepíllate los dientes al menos dos veces cada día, por la mañana y por la noche.
- Utiliza hilo dental todos los días.
- Usa un protector bucal cuando hagas algún deporte.
- Desayuna todos los días.
- Aliméntate con comida saludable. Te ayuda a desempeñarte bien en la escuela y en los deportes.
  - Consume vegetales, frutas, proteína magra, cereales integrales en las comidas y en los bocadillos.
  - Come cuando tengas hambre. Deja de comer cuando estés satisfecho.
  - Come a menudo con tu familia.
- Si bebes jugo de frutas, bebe solo 1 vaso de jugo de frutas 100% natural por día.
- Reduce las comidas y bebidas altas en grasas como los caramelos, bocadillos, comida rápida, y refrescos.
- Consume bocadillos saludables, como frutas, queso, y yogurt.
- Bebe al menos 3 vasos de leche por día.
- Apaga la televisión, tableta o computadora. En su lugar, párate y ponte a jugar.
- Sal a jugar afuera varias veces al día.

CONTROLAR SENTIMIENTOS

- Habla de tus preocupaciones. Es útil.
- Habla acerca de tus enojos y tristezas con alguien en quien confíes y sepa escuchar.
- Pregúntale a tus padres o a otro adulto de confianza acerca de los cambios en tu cuerpo.
- Incluso las preguntas vergonzosas son importantes. Es bueno hablar de tu cuerpo y de cómo está cambiando.

IR BIEN EN LA ESCUELA

- Trata de dar todo de ti en la escuela. Ir bien en la escuela te ayuda a sentirte bien contigo mismo.
- Pide ayuda cuando la necesites.
- Únete a clubes y a equipos.
- Dile a los niños que te molestan o intentan lastimarte que dejen de hacerlo. Luego date la vuelta y márchate.
- Habla acerca del acoso escolar con adultos en los que confíes.

MUESTRA
para revisión y referencia únicamente

VISITAS MÉDICAS DEL 7 Y 8 AÑO: PACIENTE

JUGAR A LO SEGURO

- Asegúrate de estar siempre abrochado en tu asiento elevado y de ir en la parte trasera del automóvil. Este es el lugar en donde estás más seguro.
- Utiliza un casco y equipo de seguridad para andar en motocicletas, bicicletas, patinetas, patines, esquís, tablas de snowboard, y caballos.
- Pídele a tus padres que te enseñen a nadar. Nunca nades sin un adulto cerca.
- 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 le abras la puerta a nadie que no conozcas.
- Invita amigos a tu casa cuando tus padres digan que puedes hacerlo.
- Pídele ayuda a un adulto si estas asustado o preocupado.
- Está bien que pidas irte a tu casa cuando estas en la casa de un amigo y estar con tu madre o tu padre.
- Cúbrete tus partes privadas (las partes de tu cuerpo que cubre un traje de baño).
- Cuéntale de inmediato a tus padres o a otro adulto si un niño mayor que tu o un adulto
  - Te muestra sus partes privadas.
  - Te pide que le muestres las tuyas.
  - Toca tus partes privadas.
  - Te asusta para que no le cuentes a tus padres o te pide que no lo hagas.
  - Si esa persona hace cualquiera de estas cosas, vete lo más rápido que puedas y cuéntaselo a tus padres o a otro adulto en quien confíes.
- Si ves un arma, no la toques. Cuéntaselo a tus padres de inmediato.

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.

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: 7 and 8 Year Visits (Patient)*

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

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®