Completar en letra imprenta.

**American Academy of Pediatrics** 

# CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 9 AÑO



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.

CORRE CUÉ CUIERE HARLAR HOVO
¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?
¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? O No O 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? O <b>No</b> O <b>Sí,</b> describa:
¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su hijo o en la de su familia? O <b>No</b> O <b>Sí</b> , describa:
¿Algún familiar de su hijo tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? O No O Sí O 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? O <b>No</b> O <b>S</b> í O <b>No estoy seguro/a</b>
EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
¿Tiene inquietudes específicas acerca del desarrollo, aprendizaje o comportamiento de su hijo? O No O 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.

## **VISITA MÉDICA DEL 9 AÑO**

### **EVALUACIÓN DE RIESGOS**

	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a	
Anemia	¿Su hijo come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
Anemia	Si su hijo es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	O Sí	O No	O No estoy seguro/a	
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
Audicion	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
Salud bucal	Salud bucal ¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?				
	¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
Tuberculosis	¿Su hijo estuvo en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
	¿Su hijo está infectado con VIH?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
Visión	¿Su hijo no ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	
	¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos?	O No	O Sí	O No estoy seguro/a	

### **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						
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?						
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	O No	O Sí				
¿Su hijo se ha sentido excluido o no forma parte de ningún grupo de amigos?	O No	O 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?						
Seguridad alimentaria						
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	O No	O Sí				
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?						
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas						
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	O No	O Sí				
¿Alguno de los amigos de su hijo fuma, usa o vende cigarrillos electrónicos, bebe alcohol o cerveza, o consume drogas?	O No	O Sí				
Daños de Internet						
¿Conoce el uso de Internet de su hijo?	O Sí	O No				
¿Hay reglas para el uso de Internet?	O Sí	O No				
¿Ha instalado un filtro de seguridad de Internet en sus computadoras, tabletas y smartphones?						

Completar en letra imprenta.

## **VISITA MÉDICA DEL 9 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				
¿Su hijo tiene la oportunidad de ayudar a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	O Sí	O No				
Relación con la familia y los compañeros						
¿Se llevan bien los miembros de su familia?	O Sí	O No				
¿Su familia hace actividades junta?	O Sí	O No				
¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	O Sí	O No				
¿Su hijo tiene amigos en la escuela o en su vecindario?	O Sí	O No				

#### **EL CRECIMIENTO DE SU HIJO**

Problemas de humor, para establecer límites razonables y hacer amigos					
¿Su hijo ha experimentado algún estrés reciente en casa o en la escuela?	O No	O Sí			
¿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?					
¿Ayuda a su hijo a controlar su enojo, a lidiar con las preocupaciones y a resolver problemas?					
¿Han hablado usted y su hijo sobre cómo decir no al tabaco, al alcohol y al uso de drogas?					
Inicio de la pubertad y seguridad sexual					
¿Ha hablado con su hijo sobre los cambios corporales que ocurren durante la pubertad?	O Sí	O No			
¿Ha hablado de privacidad y seguridad corporal con su hijo?					
¿Han hablado usted y su hijo sobre el sexo?					
¿Su hija sabe que debe decirle a un adulto de confianza si alguien toca sus partes privadas o si alguien lo anima a hacer otras cosas que la hacen sentir incómoda o sabe que están mal?	O Sí	O No			

#### ESCUELA

¿Le preocupa la experiencia escolar de su hijo?	O No	O Sí
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	O No	O Sí
¿Su hijo tiene alguna dificultad en la escuela o recibe ayuda adicional en alguna materia?	O No	O Sí
¿Su hijo participa en actividades fuera de la escuela?	O Sí	O No

#### **MANTENERSE SALUDABLE**

Dientes saludables				
¿Su hijo tiene un dentista?	O Sí	O No		
¿Se cepilla los dientes y usa hilo dental todos los días?	O Sí	O No		
¿Su hijo usa un protector bucal cuando practica deportes de contacto?	O Sí	O No		
¿Bebe regularmente refrescos, jugos u otras bebidas azucaradas?	O No	O Sí		
Nutrición				
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso de su hijo?	O No	O Sí		
¿Le preocupa que coma? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.				
¿Comen juntos comidas en familia?				
¿Escucha a su hijo hablar de su aspecto o de su dieta?				
Actividad física				
¿Su hijo está físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	O Sí	O No		
¿Tiene alguna preocupación sobre el nivel de actividad física de su hijo, como por ejemplo, si es demasiado o muy poco?	O No	O Sí		

Completar en letra imprenta.

## **VISITA MÉDICA DEL 9 AÑO**

#### MANTENERSE SALUDABLE (CONTINUACIÓN)

Actividad física (continuación)				
¿Su hija tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?				
¿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?				
¿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		

#### **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?					
¿Todo el mundo en el vehículo usa siempre un cinturón de seguridad de regazo y hombro?					
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?					
¿Su hijo sabe nadar?					
¿Sabe su hijo que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?					
¿Su hijo siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?					
Conocer a los amigos de su hijo y a sus familias					
¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus familias?					
¿Su hijo sabe cómo obtener ayuda en caso de emergencia si usted no está presente?					
Seguridad de las armas					
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?					
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?					
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?					
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	O Sí	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.

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: 9 Year Visit* 

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

Well Chi	ld   9	and	10 Y	ear V	'isi	ts						
Accompanied By:		Preferred	I Languag	e:	Date	e/Time:	Name:					
Weight (%):	Height (%):		BMI (%):		BP (%):		ID Number:					
Vitals (if indicated):	Temp:	HR:		Resp Rate	e:	SpO <sub>2</sub> :		Birth Date:	Age:	Sex:	М	F
HISTORY												
Concerns and Que	estions: 🗌 N	one					Dental Home:       □ No □ Yes:					
Interval History:   None						Fluoride:						
Medical History:	☐ Child has sp	ecial heal	th care ne	eds.						1		
Areas reviewed and	updated as no	eeded					Physi	cal Activity:		•		
<ul> <li>□ Past Medical History (See Initial History Questionnaire.)</li> <li>□ Surgical History (See Initial History Questionnaire.)</li> <li>□ Problem List (See Problem List.)</li> </ul>						Exercise (60 min/d):						
Medications: ☐ None						Family media use plan discussed: ☐ Yes ☐ No  School: Grade: ☐ IEP/504/behavior plan: ☐ Yes ☐ No ☐ NA  Performance: ☐ NL						
☐ Reviewed and ur	odated (See M	edication	Record.)				Parent/teacher concerns:   None					
☐ Reviewed and updated (See Medication Record.)  Allergies: ☐ No known drug allergies					P.o							
Nutrition:  Good appetite Good variety Daily fruits and vegetables: Iron: Source: Amount: Comments:					air	Behav	vior: ☐ No concerns					
Girls: Menarche: □ No □ Yes:							t-child-sibling interaction: ☐ eration: ☐ Yes ☐ No	NL	behavior:	☐ Yes [	□ No	
DEVELOPME	NT											
✓ = Normal development ☐ See Previsit Questionnaire.												
Caregiver concerns												
☐ Chooses to eat I	<ul> <li>□ Shows the ability to get along with others and control emotions</li> <li>□ Chooses to eat healthy foods and participate in physical activity every day</li> <li>□ Forms caring, supportive relationships with family members, other adults, and peers</li> </ul>											





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.

## Well Child | 9 and 10 Year Visits

Well Child   9 and 10 Year	Visits	Name:	
SOCIAL AND FAMILY HISTORY			
Areas reviewed and updated as needed (See	Initial History Questionnaire.): 🗆 Soc	cial History 🔲 Family History	
Changes since last visit:			No interval change
Smoking household: ☐ No ☐ Yes:	Firearms ir	n home:   No  Yes:	
Observation of parent-child interaction:			
Parents working outside home: $\square$ One parent	t ☐ Both parents After-school	care:	
REVIEW OF SYSTEMS			
<ul> <li>☐ A 10-point review of systems was performed</li> <li>Bold = Focus area for this Bright Futures V</li> </ul>	9 1	r any positive results listed below.	
Constitutional:	Respiratory:	Skin:	
Eyes:	Gastrointestinal:	Neurological:	
lead, Ears, Nose, and Throat:	Genitourinary:	Other:	
Cardiovascular:	Musculoskeletal:	Other:	
PHYSICAL EXAMINATION			
<ul> <li>System examined Bold = Focus area for Normal examination findings in text. Cross</li> </ul>		dings in the area provided.	
General: Well-appearing child. Normal BI	MI and BP for age.		
☐ Head: Normocephalic and atraumatic			
☐ Eyes: Pupils equal, round, and reactive to	light. Extraocular eye movements inta	act. Normal funduscopic examination findings	·
☐ Ears, nose, <b>mouth,</b> and throat: Tympanic	membranes with visible light reflex bil	aterally. Healthy-appearing teeth without visib	le caries.
		60	
☐ Neck: Supple, with full range of motion an	nd no significant adenopathy.	0.0	
☐ Heart: Regular rate and rhythm. No murm	ur.		
☐ Respiratory: Breath sounds clear bilaterall	y. Comfortable work of breathing.	<u> </u>	
☐ Abdomen: Soft, with no palpable masses.			
☐ Genitourinary:	7 , "0"		
☐ 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 strengt	h and tone.		
☐ <b>Skin:</b> Warm and well perfused. No rashes	or bruising. No signs of cutting or o	ther self-injury	
Other comments:			
ASSESSMENT			
☐ Mall shild ☐ Narmal interval grouth (C	oo growth chart \	percentile for age	for one

#### Well Child | 9 and 10 Year Visits Name: **ANTICIPATORY GUIDANCE** ✓ Discussed and/or handout given ☐ SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH ☐ SCHOOL □ SAFETY · Neighborhood and family violence · School attendance · Car safety · Safety during physical activity Food security School problems • Family substance use • School performance and progress · Water safety • Harm from the Internet Transitions Sun protection • Emotional security and self-esteem • Co-occurrence of middle school Knowing child's friends and their and pubertal transitions families • Connectedness with family and peers · Gun safety □ DEVELOPMENT AND MENTAL HEALTH □ PHYSICAL GROWTH AND DEVELOPMENT • Temper problems, setting reasonable • Oral health limits, and friends • Nutrition Sexuality • Physical activity **PLAN** Immunizations: Vaccine Administration Record reviewed Administered today: □ Up-to-date for age **Universal Screening:** ☐ Dyslipidemia (once between 9 y and 11 y): Completed age: \_ Result: ☐ Within reference range ☐ Abnormal: ☐ Hearing (age 10 y): Result: ☐ Normal hearing BL ☐ Abnormal: ☐ Vision (age 10 y): Result: ☐ Normal vision for age ☐ Abnormal: Selective Screening (based on risk assessment) (See Previsit Questionnaire.): ☐ Anemia ☐ Hearing (age 9 y) ☐ Oral health ☐ Tuberculosis Comments/results:

PRINT NAME.	SIGNATURE	
Provider 1		Consistent with Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,
Provider 2	₹0,	4th Edition

Referral to:

☐ Next visit:

Follow-up:

☐ Routine follow-up in 1 year

# HOJAS INFORMATIVAS DE BRIGHT FUTURES ►PADRES VISITAS MÉDICA DEL 9 Y 10 AÑO

Bright Futures...

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

## **(**)

### **CÓMO ESTÁ SU FAMILIA**

- Incentive a su hijo a ser independiente y responsable. Abrácelo y dígale cumplidos.
- Pase tiempo con su hijo. Conozca a sus amigos y a las familias.
- Siéntase orgulloso por el buen comportamiento y por los buenos resultados de su hijo en la escuela.
- Ayude a su hijo 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.
- Controle el uso de la computadora de su hijo.
  - Sepa con quién habla cuando está en línea.
  - Instale un filtro de seguridad.

## **/**

#### **MANTENERSE SALUDABLE**

- Lleve a su hijo al dentista dos veces al año.
- Dele suplemento de fluoruro a su hijo si el dentista lo recomienda.
- Recuérdele a su hijo que se cepille 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.
- Recuérdele a su hijo que utilice hilo dental una vez al día.
- Incentive a su hijo 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 hijo.
- 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 hijo a jugar de manera activa por lo menos una hora por día.

#### **EL CRECIMIENTO DE SU HIJO**

- Sea un modelo a seguir para su hija y pida perdón cuando cometa un error.
- Muéstrele a su hija cómo utilizar las palabras cuando está enojada.
- Enséñele a su hija a ayudar a los demás.
- Asígnele tareas del hogar a su hija y cuente con que las haga.
- Bríndele a su hija su espacio personal.
- Conozca a los amigos de su hija y a las familias.
- Comprenda que los amigos de su hija son importantes.
- Responda preguntas acerca de la pubertad.
   Pídanos ayuda si le incomoda responder esas preguntas.
- Enséñele a su hija acerca de la importancia de demorar las conductas sexuales. Incentive a su hija a hacer preguntas.
- 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.

#### **ESCUELA**

- Demuestre interés por las actividades escolares de su hijo.
- Si tiene alguna preocupación, pídale ayuda a la maestra de su hijo.
- Hágale cumplidos a su hijo cuando le va bien en la escuela.
- Organice una rutina y un lugar tranquilo para hacer la tarea.
- Hable con su hijo y con su maestra acerca del acoso escolar.

#### **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 MÉDICA DEL 9 Y 10 AÑO: PADRES**



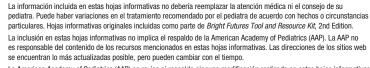
#### **SEGURIDAD**

- El asiento trasero es el lugar más seguro para ir en auto hasta que su hijo cumpla 13 años.
- Su hijo debería utilizar un asiento elevado a la altura del cinturón hasta que los cinturones de regazo y hombros le ajusten bien.
- Utilice un casco que ajuste correctamente y un equipo de seguridad para andar en motocicletas, bicicletas, patinetas, patines, esquís, tablas de snowboard, y caballos.
- Enséñele a nadar a su hijo y mírelo cuando esté en el agua.
- Utilice un sombrero, ropa para protegerse 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 am-3:00 pm).
- 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.





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: 9 and 10 Year Visits (Parent)

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

# HOJAS INFORMATIVAS DE BRIGHT FUTURES ▶PACIENTE VISITAS MÉDICA DEL 9 Y 10 AÑO



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

## **/**)

#### **CUIDARSE**

- Disfruta de pasar tiempo con tu familia.
- Ayuda en tu casa y en tu comunidad.
- Si te enojas con alguien, trata de dar la vuelta e irte.
- Dile "¡no!" a las drogas, el alcohol, y a los cigarrillos y cigarrillos electrónicos.
   Date la vuelta si alguien te ofrece algo de eso.
- Habla con tus padres, maestros, u otro adulto de confianza si alguien te acosa, amenaza o lastima.
- 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.

#### **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 tu protector bucal cuando hagas algún deporte.
- Desayuna todos los días. Te ayuda a aprender.
- 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.
  - Come cuando tengas hambre. Deja de comer cuando estés satisfecho.
  - Come a menudo con tu familia.
- Bebe 3 tazas de leche baja o libre de grasa o agua en lugar de refrescos o jugos.
- Reduce las comidas y bebidas altas en grasas como los caramelos, bocadillos, comida rápida, y refrescos.
- Habla con nosotros si estás pensando en perder peso o utilizar suplementos dietéticos.
- Organizate y ejercitate de manera activa al menos 1 hora por día.

#### **CRECER Y DESARROLLARSE**

- Pregúntale a alguno de tus padres o a otro adulto de confianza acerca de los cambios en tu cuerpo.
- Comparte tus sentimientos con los demás.
   Hablar es una buena forma de controlar la ira, la decepción, preocupación, y tristeza.
- · Para controlar tu ira, intenta
  - Mantener la calma
  - Escuchar y hablar acerca del problema
  - Intentar comprender el punto de vista de la otra persona
- Ten en cuenta que es normal sentirse bien en algunas ocasiones y mal en otras, pero si te sientes triste la mayor parte del tiempo, avísanos.
- No seas amigo de niños que te pidan que hagas cosas que den miedo o hagan daño.
- Ten en cuenta que nunca está bien que un niño mayor o un adulto
  - Te muestre sus partes privadas.
- Pida que le muestres o le permitas tocar tus partes privadas.
- Te asuste para que no le cuentes a tus padres o te pida 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.

#### 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 equipos, grupos religiosos, y a tus amigos para hacer actividades luego de la escuela.
- 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.

## **VISITAS MÉDICA DEL 9 Y 10 AÑO: PACIENTE**



#### **JUGAR A LO SEGURO**

- Usa tu cinturón en regazo y hombros cada vez que estés en el automóvil. Utiliza un asiento elevado si el cinturón de regazo y hombros no te ajusta bien.
- Siéntate en la parte trasera hasta que tengas 13 años. Es el lugar más seguro.
- Utiliza un casco y equipo de seguridad para andar en motocicletas, bicicletas, patinetas, patines, esquís, tablas de snowboard, y caballos.
- Siempre utiliza el equipo de seguridad adecuado para tus actividades.
- Nunca nades solo. Pregunta acerca de aprender a nadar si aún no sabes hacerlo.
- 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.
- Invita amigos a tu casa cuando tus padres digan que puedes hacerlo.
- Pide que te lleven a tu casa si te sientes incómodo en la casa de otra persona o en una fiesta.
- 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: 9 and 10 Year Visits (Patient)

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