



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

Para brindarle a usted y a su hijo la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo están. Responda todas las preguntas. Muchas gracias.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar hoy? No Sí, describa:

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO Y SU FAMILIA.

¿Qué es lo que más la entusiasma o encanta de su hijo?

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? No Sí, describa:

¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su familia? No Sí, describa:

¿Algún familiar de su hijo tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? No Sí No estoy seguro/a Si la respuesta es sí o no estoy seguro/a, describa:

¿Su hijo vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se consumen cigarrillos electrónicos? No Sí No estoy seguro/a

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos para su hijo.

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

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Le han diagnosticado a su hijo alguna vez anemia ferropénica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija , ¿tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si tiene una hija , ¿su periodo menstrual dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Su hijo tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiene un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicamentos para el colesterol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	Los adolescentes sexualmente activos corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Los adolescentes que usan drogas inyectables están en riesgo de contraer el VIH. ¿Le preocupa que su hijo adolescente pueda estar en riesgo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo o algún miembro de su familia nació o viajó a algún país donde es común la tuberculosis (esto incluye países en África, Asia, América Latina y Europa del Este)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo 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
	¿Su hijo 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
	¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Violencia interpersonal (peleas e intimidación)			
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Está su hijo involucrado en algo relacionado con la violencia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Cree usted que su hijo está seguro en el vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo se ha lesionado alguna vez en una pelea?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha sido intimidado o lastimado por otras personas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha hablado con su hijo sobre la violencia en situaciones de citas y cómo estar seguro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa su situación de vivienda?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene suficiente calefacción, agua caliente y electricidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene electrodomésticos que funcionan?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene problemas con insectos, roedores, o pintura o yeso descascarado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
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
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Se toma el tiempo para hablar con su hijo todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Le hace saber a su hijo cuando hace algo bueno?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Relación con la comunidad			
¿Tiene su hijo intereses fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda su hijo a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Desempeño escolar			
¿Su hijo llega a la escuela a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo algún problema en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo hace la tarea a tiempo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Su hijo se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Ha discutido formas de lidiar con el estrés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ayuda a su hijo a tomar decisiones y a resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO

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

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO (CONTINUACIÓN)

Actividad física y sueño			
¿Su hijo está físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Existen oportunidades para jugar de manera segura al aire libre en su vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Usted y su hijo participan juntos en actividades físicas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Cuánto tiempo pasa su hijo al frente de la pantalla de forma recreativa cada día?	_____ horas		
¿Tiene su hijo un televisor, una computadora, una tableta o un smartphone en su habitación?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene usted reglas sobre el tiempo que su hijo pasa frente a una pantalla?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su familia ha hecho un plan de uso de los medios de comunicación para ayudar a todos a equilibrar el tiempo dedicado a los medios con otras actividades familiares y personales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO

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

ELEGIR COMPORTRAMIENTOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Han hablado usted y su hijo sobre el sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Han hablado acerca de las maneras de lidiar con las presiones para tener relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo sobre el uso del alcohol y las drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Conoce a los amigos de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Sabe dónde está su hijo y qué hace después de la escuela y los fines de semana?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Tiene consecuencias para su hijo si descubre que consume tabaco, alcohol o drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo consume actualmente alcohol o drogas, o las ha usado en el pasado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Trauma acústico			
¿Su hijo escucha a menudo música alta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

SEGURIDAD

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Siempre usa cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro y casco para la bicicleta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Insiste usted en que su hijo use un cinturón de seguridad sobre el regazo y el hombro cuando está en un automóvil?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Insiste en que su hijo use un chaleco salvavidas cuando practica deportes acuáticos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Su hijo usa protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No

VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PADRES

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad de las armas			
¿Hay un arma en su casa o en las casas que visita su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> 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>.

