#### **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

| visita. Gracias por su tiempo.  |  |
|---|--|
| ¿SOBRE QUÉ QUIERE H   | IABLAR HOY?  |
| ¿Tiene alguna inquietud, pregunta o problema sobre el que quiera hablar   | hoy? O No O Sí, describa:  |
|   |  |
| CUÉNTENOS ACERCA  | A DE USTED.  |
| ¿Qué es lo que más lo enorgullece de usted?   |  |
| ¿Tiene alguna necesidad especial de atención médica? O No O Sí, des   | criba:   |
| ¿Hubo algún cambio importante reciente en la vida de su familia? O <b>No</b>  | ○ <b>Sí</b> , describa:  |
| ¿Algún familiar tuvo algún problema médico nuevo desde su última visita? es sí o no estoy seguro/a, describa:                                   | O No O Sí O No estoy seguro/a Si la respuesta  |
| ¿Vive con alguien que fuma o pasa tiempo en lugares donde se fuma o se<br>O <b>No estoy seguro/a</b>  | e consumen cigarrillos electrónicos? O No O Sí   |
| CRECER Y DESARR   | OLLARSE  |
| Marque todos los elementos que usted siente que son verdaderos pa   | ra usted.  |
| ☐ Hago cosas que me ayudan a llevar un estilo de vida saludable, como comer alimentos saludables, estar físicamente activo y mantenerme seguro. | <ul><li>☐ Ayudo a otros.</li><li>☐ Soy capaz de recuperarme cuando la vida no me<br/>acompaña.</li></ul> |
| ☐ Tengo por lo menos un adulto en mi vida a quien sé que puedo acudir si necesito ayuda.  | ☐ Me siento esperanzado y confiado.  |
| ☐ Tengo un amigo o un grupo de amigos con los que me siento cómodo de estar.  | Me estoy volviendo más independiente y tomo más de<br>mis propias decisiones.                            |

## **VISITAS MÉDICAS DE 18 HASTA 21 AÑOS**

#### **EVALUACIÓN DE RIESGOS** ¿Su dieta incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con O No estoy O Sí O No hierro o frijoles? seguro/a ¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)? O No estoy O No O Sí seguro/a Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un O No estoy O Sí O No suplemento de hierro? seguro/a ¿Alguna vez le han diagnosticado anemia ferropénica? O No estoy **Anemia** O No O Sí seguro/a ¿Usted o su familia se esfuerzan alguna vez por poner comida en la mesa? O No estoy O Sí O No seguro/a Para las mujeres: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre? O No estoy O No O Sí seguro/a Para las mujeres: ¿Su período dura más de 5 días? O No estoy O Sí O No seguro/a ¿Tiene padres, abuelos, tías o tíos que hayan tenido un derrame cerebral o un O No estoy O Sí O No problema cardíaco antes de los 55 años (hombres) o 65 años (mujeres)? seguro/a ¿Tiene usted un padre con un nivel elevado de colesterol en la sangre (240 mg/dL o O No estoy Dislipidemia O No O Sí más) o que está tomando medicamentos para el colesterol? seguro/a ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos? O No estoy O Sí O No seguro/a ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales, incluidas las relaciones sexuales o el O No estoy O No O Sí sexo oral? seguro/a EN CASO NEGATIVO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN (VIH). O No estoy ¿Tiene sexo sin protección? O No O Sí seguro/a ¿Tiene relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas anónimas? O No estoy O No O Sí seguro/a Infecciones ¿Es usted o alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales bisexual? O No estoy O No O Sí de seguro/a transmisión ¿Alguna vez ha sido tratado por una infección de transmisión sexual? O No estoy sexual/VIH O No O Sí seguro/a ¿Alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales está infectada con el VIH o ha O No estoy O No O Sí consumido drogas inyectables? seguro/a ¿Intercambia sexo por dinero o drogas o tienes parejas sexuales que lo hacen? O No estoy O Sí O No seguro/a Para los hombres: ¿Alguna vez ha tenido sexo con otros hombres? O No estoy O No O Sí seguro/a ¿Usa o ha usado drogas inyectables? O No estoy VIH O No O Sí seguro/a ¿Está usted infectado con el VIH? O No estoy O No O Sí 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)? O No estoy **Tuberculosis** O No O Sí seguro/a ¿Estuvo usted en contacto con alguna persona que tiene la enfermedad de O No estoy O Sí O No tuberculosis o que le haya dado positivo la prueba de tuberculosis? seguro/a ¿No ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela? O No estoy O No O Sí seguro/a ¿Le preocupa su visión? O No estoy O Sí O No seguro/a Visión ¿Tiene problemas con la visión de cerca o de lejos? O No estoy O Sí O No seguro/a ¿Tiende a entrecerrar los ojos? O No estoy O Sí O No 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?   | O Sí | O A veces | O No     |
| ¿Tiene maneras que le ayuden a lidiar con el enojo?  | O Sí | O A veces | O No     |
| ¿Ha estado involucrado en una pelea en los últimos 12 meses?   | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Conoce a alguien en una pandilla?   | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Pertenece a una pandilla?   | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Alguna vez le han pegado, abofeteado o lastimado físicamente mientras estaba en una cita?                       | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Alguna vez lo han tocado de una manera sexual en contra de sus deseos o sin su consentimiento?                  | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Alguna vez ha sido forzado a tener relaciones sexuales?   | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Ha tenido una relación con una persona que lo amenaza físicamente o lo lastima?                                 | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Se siente amenazado por alguien?  | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Le preocupa que pueda lastimar a alguien más?   | O No | O A veces | O Sí     |
| Condición de vida y seguridad alimenticia  |      |           | <u> </u> |
| ¿Se siente seguro en su situación de vivienda actual?  | O Sí | O A veces | O No     |
| En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más? | O No | O A veces | O Sí     |
| En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?         | O No | O A veces | O Sí     |
| Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y drogas   |      |           | <u> </u> |
| ¿Hay alguien en su vida a quien le preocupe el consumo de tabaco, alcohol o drogas?                              | O No | O A veces | O Sí     |
| Relación con la familia y los compañeros   |      |           |          |
| ¿Tiene un amigo íntimo?  | O Sí | O A veces | O No     |
| ¿Se lleva bien con los miembros de su familia?   | O Sí | O A veces | O No     |
| Relación con la comunidad  |      |           |          |
| ¿Tiene actividades que le gusta hacer después de la escuela o en el trabajo o los fines de semana?               | O Sí | O A veces | O No     |
| ¿Ayuda a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?   | O Sí | O A veces | O No     |
| Desempeño escolar  |      |           |          |
| ¿Se ha graduado de la escuela secundaria o ha completado un GED?   | O Sí | O A veces | O No     |
| ¿Tiene planes para el trabajo o la escuela?  | O Sí | O A veces | O No     |
| Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones   |      |           |          |
| ¿Se siente realmente estresado todo el tiempo?   | O No | O A veces | O Sí     |
| ¿Tiene estrategias para reducir o aliviar su estrés?   | O Sí | O A veces | O No     |

#### **SU VIDA DIARIA**

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

| ١ | ٨ | l | ۱ | ١. | Λ | E | 2 | R | ) | F | Г | ) | F | D | Δ | ( | П | F | ٨ | T. | Г | F |  |
|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|--|
|   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |  |

|   | $\overline{}$ | $\sim$ |   | ΙΛ. |
|---|---------------|--------|---|-----|
| н | ᆫ             | U      | п | IA  |
|   |               |        |   |     |

Completar en letra imprenta.

# **VISITAS MÉDICAS DE 18 HASTA 21 AÑOS**

| Alimentación saludable  Tiene acceso a opciones de alimentación saludable en casa y en la escuela?  Come frutas y verduras todos los días?  Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  Consume con su familia?  Consume con su familia?  Cone con su familia cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  Line nun a hora regular para acostarse?  Cone con su familia cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  Line nun a hora regular para acostarse?  Cone con su familia la atención médica de adultos  Cone con su familia la atención médica de adultos  Cone cobertura de seguro de salud?  Cone cobertura de seguro de salud?  Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  Conoce sus condiciones médicas, medicamentos calcinates, golpearse o pellizcarse?  Conoce sus condiciones románticas, ¿se has entido siempre seguro y respetado?  Conoce sobre la antende partilio securio securio securio.  Conoce sobre la calcinos sobre su identidad de género?   | SU VIDA DIARIA (CONTINUACIÓN)  |      |           |      |
|--|--|------|-----------|------|
| ¿Tiene acceso a opciones de alimentación saludable en casa y en la escuela?  ¿Come frutas y verduras todos los días?  ¿Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  ¿Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  ¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?  ¿Alguna vez se saltea comidas?  ¿Come con su familia?  ¿Come con su familia.  | · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·  |      |           |      |
| Come frutas y verduras todos los días?  Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  O Sí O A veces O S  ¿Alguna vez se saltea comidas?  O No O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¿Come con su familia?  O Sí O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  ¡Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O Sí O A veces O Sí O A ve |  | O Sí | O A veces | O No |
| Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?  Cebeb jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?  O No O A veces O S CAlguna vez se saltea comidas?  O No O A veces O S CAlguna vez se saltea comidas?  O No O A veces O S CArvidad física y sueño  CEstá fisicamente activo la mayoría de los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.  Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  Ciene una hora regular para acostarse?  Ciene una hora regular para acostarse?  Ciene una hora regular para acostarse?  Ciene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  Transición a la atención médica de adultos  Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergías y antecedentes familiares?  D Sí O A veces O N  BIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental  ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  Calguna vez ha tenido sexo, incluidos sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿La tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  O Sí O A veces O Sí  Carbaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Eruma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  O No O A veces O Sí  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces O Sí  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fuero |  | -    |           | O No |
| Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?  ONO OA veces OS  Adguna vez se saltea comidas?  Come con su familia?  Actividad física y sueño  ¿Está físicamente activo la mayoría de los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.  ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  ¿Tiene cobertura de seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¡Estado de ánimo y salud mental  ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  BIENESTAR EMOCIONAL  **ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES**  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Cha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Alusted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Alacuna de su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  ONO OA veces OS  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  ONO OA veces OS  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  ONO OA veces OS  ¿Alguna vez ha tomado medic |  |      | 0711000   | O No |
| Actividad física y sueño Actividades físicas con amigos.  ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  ONO OA veces  STransición a la atención médica de adultos  ¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  ¿Tiene cobertura de seguro de salud?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  SE SEXUALIDAD  BIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental  ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  ONO OA veces  SEXUALIDAD  ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ONO OA veces  ON  OA veces  OS  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y temenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  OSI OA veces  ON  OA veces  OS  ¿Cuma cajarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Cruma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Alaguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  ONO OA veces  OS  ¿Alaguna vez ha tenido medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  ONO OA veces  OS  ¿Alaguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  |  |      |           |      |
| Come con su familia?  OSÍ O A veces O N  Actividad física y sueño  ¿Está físicamente activo la mayoría de los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.  ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  OSÍ O A veces O N  O No O A veces O N  Transición a la atención médica de adultos  ¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  ¿Tiene cobertura de seguro de salud?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  OSÍ O A veces O N  BIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental  ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  Sexualidad  ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  O Sí O A veces O Sí  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Eruma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Ha dastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha sonsumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces O Sí  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  |  |      |           |      |
| Actividad física y sueño  ¿Está físicamente activo la mayoría de los dias? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.  ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  Con o A veces  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  Con o A veces  ¿Tiene cobertura de seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¡Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¡Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¡Conoce sus condiciones médicas, alergias y antecedentes familiares?  [Conoce sus condiciones médicas, alergias y antecedentes familiares?  [Conoce sus condiciones medicas, alergias y antecedentes familiares?  [Conoce sus condiciones médicas, alergias y antecedentes familiares?  [Conoce sus condiciones médica | <u> </u>   |      |           |      |
| Lestá físicamente activo la mayoría de los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.  ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces  |  | 0 31 | O A veces | ONO  |
| cutividades físicas con amigos.  ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O No O No O A veces O No O A veces O No O No O A veces O No O A veces O No O No  |  |      |           |      |
| ¿Tiene una hora regular para acostarse?  ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  ○ No ○ A veces ○ S  Transición a la atención médica de adultos  ¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  ¿Tiene cobertura de seguro de salud?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ○ Sí ○ A veces ○ N  BIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental  ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  ○ No ○ A veces ○ S  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Unitizan usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Ultilizan usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Ultilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Furna cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Ha tenido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Ha toma usa ondo medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  ○ No ○ A veces ○ S  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Ha toma condición  ○ No ○ A veces ○ S  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  | actividades físicas con amigos.  | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?  O No O A veces O S  Transición a la atención médica de adultos ¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos? ¿Tiene cobertura de seguro de salud? ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  SIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  O No O A veces O S  Sexualidad ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  Al tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  O No O A veces O S  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  Alta tenido múltiples parejas en el último año?  Alta tenido múltiples parejas en el último año?  Alta tenido múltiples parejas en el último año?  Alta tenido pareja masculina y femenina?  Alta tenido pareja masculina y femenina?  Alta tenido pareja masculina y femenina?  Alta tenido pareja usan condones todas las veces?  Alta tenido pareja usan condones todas las veces?  Alta tenido pareja masculina y femenina?  Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  Alta tenido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  Al da consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  O No O A veces O S  Alaguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces   | ¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?  |      | horas     | '    |
| Transición a la atención médica de adultos ¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  ¿Tiene cobertura de seguro de salud? ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  BIENESTAR EMOCIONAL  BIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  O No O A veces O S  Sexualidad ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces? ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle ¿Funa cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle ¿Funa cigarrillos electrónicos, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  O No O A veces O S  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco? ¿Bebe alcohol?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces O S  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces O S   | ¿Tiene una hora regular para acostarse?  | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  ¿Tiene cobertura de seguro de salud?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  ¡BIENESTAR EMOCIONAL  **Estado de ánimo y salud mental  ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  ¡Conoce sus reimplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  [Conoce sus reimplo, al cortarse, golpearse, gol | ¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?   | O No | O A veces | O Sí |
| ¿Tiene cobertura de seguro de salud? ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?  © Sí O A veces O N  BIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  Sexualidad ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal? ¿Tiene alguna preja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces? ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces? ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle ¿Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle ¿Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o esteroides?  ¿Ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces O S  A veces O S  A diguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces O S  A veces O S  A diguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces O S   | Transición a la atención médica de adultos   |      | <b>'</b>  |      |
| Estado de ánimo y salud mental ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  Elegir Comportamientos saludades  | ¿Se siente seguro de su capacidad para comenzar a ver a un médico de adultos?  | O Sí | O A veces | O No |
| BIENESTAR EMOCIONAL  Estado de ánimo y salud mental  ¿ Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  Sexualidad  ¿ Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿ se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿ Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿ Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿ Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿ Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿ Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿ Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿ Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿ Fuma cigarrillos e usa cigarrillos electrónicos?  ¿ Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿ Bebe alcohol?  ¿ Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¡ Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  prédica?  | ¿Tiene cobertura de seguro de salud?   | O Sí | O A veces | O No |
| Estado de ánimo y salud mental  ¿ Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  O No O A veces O S  Sexualidad  ¿ Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿ se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿ Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿ Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿ Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿ Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿ Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿ Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿ Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿ Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿ Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿ Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  O No O A veces O S  ¿ Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  médica?   | ¿Conoce sus condiciones médicas, medicamentos, alergias y antecedentes familiares?   | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?  O No O A veces O S  Sexualidad  ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  médica?   | BIENESTAR EMOCIONAL  | ı    |           |      |
| Sexualidad  ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?  ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  médica?   | Estado de ánimo y salud mental   |      |           |      |
| ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?  | ¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?   | O No | O A veces | O Sí |
| ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  ¿Alguna vez ha tenido pareja se nel último año?  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  ¿Fuma cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?   | Sexualidad   |      |           |      |
| Relaciones románticas y actividad sexual  Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?   | ¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?   | O No | O A veces | O Sí |
| Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?  ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?   | ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES  |      | 1         | 1    |
| ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?  En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  **Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  O No O A veces  O Si  O A veces  O No O A veces O Si  O A veces O Si  O A veces O No O A veces O Si  O A veces  | Relaciones románticas y actividad sexual   |      |           |      |
| En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?   | Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?   | O Sí | O A veces | O No |
| En caso negativo, pase a la siguiente sección.  ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?  ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  médica?  | ¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal?   | - N  |           | 0.01 |
| ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  médica?  | En caso negativo, pase a la siguiente sección.   | O NO | O A veces | 0.81 |
| ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces  O Sí O A veces O No O A veces O Sí O No O A veces   | ¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?   | O No | O A veces | O Sí |
| ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O No O A veces  O No O A veces  O Si  O No Veces  O No O A veces O Si O No Veces O Si O No O A veces O S | ¿Ha tenido pareja masculina y femenina?  | O No | O A veces | O Sí |
| ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?  Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  nédica?   | ¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?  | O Sí | O A veces | O No |
| Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  médica?   | ¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?  | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  O NO O A veces O S   | ¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?   | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?  ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  nédica?  O No O A veces O S  O No O A veces O S  O No O A veces O S   | Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle  |      |           |      |
| ¿Bebe alcohol?  ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?  ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición  nédica?  O No O A veces O S  O No O A veces O S  O No O A veces O S   | ¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?  | O No | O A veces | O Sí |
| ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides? O No O A veces O S ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición Mo O A veces O S médica?   | ¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?   | O No | O A veces | O Sí |
| ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición<br>médica? O No O A veces  | ¿Bebe alcohol?   | O No | O A veces | O Sí |
| médica?  | ¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?   | O No | O A veces | O Sí |
|  | ¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?  | O No | O A veces | O Sí |
| Trauma acústico  | Trauma acústico  |      |           |      |
|  | ¿Utiliza tapones para los oídos o auriculares con cancelación de sonido para proteger su audición de ruidos fuertes o en conciertos? | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Escucha a menudo música alta? O No O A veces O S  | ¿Escucha a menudo música alta?   | O No | O A veces | O Sí |

| NOMBRE DEL PACIENTE: |                              | FECHA: |
|----------------------|------------------------------|--------|
|                      | Completar en letra imprenta. |        |

# **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?   | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Siempre usa un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patineta o motocicleta o un todoterreno? | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Alguna vez usa su teléfono o tableta mientras conduce, incluso en las señales de alto?                          | O No | O A veces | O Sí |
| ¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro conduciendo o con quien viajar?    | O Sí | O A veces | O No |
| Protección solar   |      |           |      |
| ¿Utiliza protector solar?  | O Sí | O A veces | O No |
| ¿Visita salones de bronceado?  | O No | O A veces | O Sí |
| Seguridad de las armas   |      |           |      |
| ¿Tiene acceso a armas?   | O No | O A veces | O Sí |
| ¿Ha llevado un arma a la escuela o al trabajo?   | O No | O A veces | O Sí |

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

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



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: 18 Through 21 Year Visits* 

 $\ensuremath{\texttt{©}}$  2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.