

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 8 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.

¿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 le entusiasma o encanta de su hijo?

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

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

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

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

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

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

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

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

VISITA MÉDICA DEL 8 AÑO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

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

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?	☐ No	☐ Sí
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	☐ No	☐ Sí
¿Alguna vez su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	☐ No	☐ Sí
¿Ha hablado con su hijo sobre cómo obtener ayuda y a quién llamar si hay una emergencia?	☐ Sí	☐ No
¿Alguna vez le ha dicho su hija que la han tocado de una manera que la hizo sentir incómoda o en sus partes íntimas?	☐ No	☐ Sí
Seguridad alimentaria		
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	☐ No	☐ Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	☐ No	☐ Sí
Alcohol y drogas		
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	☐ No	☐ Sí
Daños de Internet		
¿Supervisa usted el uso de Internet de su hijo?	☐ Sí	☐ No
¿Tienen reglas sobre el uso de Internet?	☐ Sí	☐ No
¿Utiliza filtros de seguridad en computadoras, tabletas y smartphones?	☐ Sí	☐ No
Seguridad emocional y autoestima		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	☐ Sí	☐ No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	☐ Sí	☐ No
Relación con la familia y los compañeros		
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	☐ Sí	☐ No
¿Su familia hace actividades junta?	☐ Sí	☐ No

VISITA MÉDICA DEL 8 AÑO

EL DESARROLLO DE SU HIJO

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

ESCUELA

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

MANTENERSE SALUDABLE

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

VISITA MÉDICA DEL 8 AÑO

SEGURIDAD

Seguridad en el automóvil		
¿Su hijo siempre se sienta en un asiento elevado con cinturón de seguridad o en el asiento trasero con un cinturón de seguridad de regazo y hombro cada vez que viaja en un vehículo?	☐ Sí	☐ No
¿Todos los demás en el vehículo siempre usan un cinturón de seguridad de regazo y hombro o un asiento elevado para colocarse el cinturón de seguridad?	☐ Sí	☐ No
Seguridad al aire libre		
¿Su hijo usa siempre un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta, patina o hace otras actividades al aire libre?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo sabe nadar?	☐ Sí	☐ No
¿Sabe su hijo que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo usa protector solar?	☐ Sí	☐ No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	☐ No	☐ Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	☐ Sí	☐ No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	☐ Sí	☐ No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	☐ Sí	☐ No
Daños por parte de los adultos		
¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus familias?	☐ Sí	☐ No
¿Su hijo sabe cómo obtener ayuda en caso de emergencia si usted no está presente?	☐ Sí	☐ No
¿Le ha enseñado a hija que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	☐ Sí	☐ No
¿Sabe su hija que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes privadas?	☐ Sí	☐ 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: 8 Year Visit*

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