

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 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:

HÁBLENOS DE SU HIJO ADOLESCENTE.

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

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

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

¿Algún familiar de su hijo adolescente 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 adolescente 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 EL DESARROLLO DE SU HIJO ADOLESCENTE

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

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

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo adolescente incluye alimentos ricos en hierro, como carne, cereales fortificados con hierro o frijoles?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
	¿Le han diagnosticado a su hijo adolescente alguna vez anemia ferropénica?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su familia alguna vez se esfuerza por poner comida en la mesa?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	Si tiene una hija adolescente , ¿tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	Si tiene una hija adolescente , ¿su periodo menstrual dura más de 5 días?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Su hijo adolescente 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 adolescente 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
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo adolescente?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo adolescente contiene fluoruro?	☐ Sí	☐ No	☐ 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?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Su hijo adolescente está infectado con VIH?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente 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
	¿Estuvo su hijo adolescente 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
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo adolescente?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente ha reprobado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Su hijo adolescente tiende a entrecerrar los ojos?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo adolescente 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?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Está su hijo adolescente involucrado en esa violencia?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Su hijo adolescente ha sido amenazado alguna vez con daño físico o ha sido herido en una pelea?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Su hijo adolescente ha intimidado a otros?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Su hijo adolescente ha sido suspendido de la escuela por pelear, intimidar o portar un arma?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Conoce a los amigos de su hijo y las actividades en las que participan o a las que asisten?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Si su hijo adolescente está en una relación, ¿es respetuosa?		☐ N/C	☐ Sí	☐ A veces
¿Su hija adolescente le informaría si alguien la presionara o la forzara a tener relaciones sexuales?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Condición de vida y seguridad alimenticia			
¿Le preocupa su situación de vivienda?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en la vida de su hijo adolescente sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Relación con la familia y los compañeros			
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Su familia hace actividades junta?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Su hijo adolescente tiene tareas o responsabilidades en casa?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Establece reglas y expectativas claras para su hijo adolescente?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Relación con la comunidad			
¿Tiene su hijo adolescente intereses fuera de la escuela?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Hay cosas que su hijo adolescente hace y de las que usted está orgulloso?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Desempeño escolar			
¿Su hijo adolescente llega a la escuela a tiempo?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Su hijo adolescente asiste a la escuela casi todos los días?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Reconoce los éxitos de su hijo adolescente y apoya sus esfuerzos?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Su hijo adolescente tiene planes para después de la escuela secundaria?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre las maneras de lidiar con el estrés?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Ayuda a su hijo adolescente a tomar decisiones y resolver problemas?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO ADOLESCENTE

Dientes saludables			
¿Su hijo adolescente ve al dentista regularmente?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene problemas para obtener cuidado dental?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso, los hábitos alimenticios o la actividad física de su hijo adolescente?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Su hijo adolescente habla sobre engordar o hacer dieta para bajar de peso?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Alimentación saludable			
¿Cree usted que su hijo adolescente come alimentos saludables?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene alguna dificultad para obtener alimentos saludables para su familia?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Comen juntos en familia?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Actividad física y sueño			
¿Está su hijo adolescente físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Existen oportunidades para ejercitarse de manera segura al aire libre en su vecindario?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Usted y su hijo adolescente participan juntos en actividades físicas?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Cuánto tiempo su hijo adolescente pasa al frente de la pantalla de forma recreativa cada día?	_____ horas		
¿Su hijo adolescente tiene un televisor, una computadora, una tableta o un smartphone en su habitación?	☐ No	☐ A veces	☐ 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	☐ A veces	☐ No

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS PARA PADRES

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU HIJO ADOLESCENTE (CONTINUACIÓN)

Actividad física y sueño (continuación)			
¿Su hijo adolescente tiene una hora regular para acostarse?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Cree usted que su hijo adolescente duerme lo suficiente?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No

EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO ADOLESCENTE

Estado de ánimo y salud mental			
¿Ha notado algún cambio en el peso, los hábitos de sueño o los comportamientos de su hijo adolescente?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Está su hijo adolescente frecuentemente irritable?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la salud emocional de su hijo adolescente, como estar frecuentemente triste o deprimido?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Su hijo adolescente se preocupa demasiado o parece demasiado ansioso?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Sexualidad			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre relaciones, citas y sexo?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Ha hablado con su hijo sobre su sexualidad?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tienes reglas de la casa sobre restricciones para salir, fiestas, citas y amigos?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Sabe dónde están los amigos de su hijo adolescente y qué están haciendo?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Actividad sexual			
¿Está preocupado por las presiones sexuales de su hijo adolescente?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Uso de sustancias			
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre el uso del alcohol y las drogas?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Hasta donde usted sabe, ¿su hijo adolescente consume actualmente alcohol o drogas, o las ha usado en el pasado?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Ha discutido las consecuencias si descubre que su hijo adolescente está consumiendo tabaco, alcohol o drogas?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Trauma acústico			
¿Su hijo adolescente escucha a menudo música alta?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí

SEGURIDAD

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Su hijo adolescente siempre usa cinturón de seguridad de regazo y hombre y un casco para bicicleta?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene reglas o restricciones para conducir?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Protección solar			
¿Su hijo adolescente usa protector solar?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Seguridad de las armas			
¿Hay un arma en su casa o en las casas donde pasa tiempo su hijo adolescente?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Ha hablado con su hijo adolescente sobre la seguridad de las armas?	☐ Sí	☐ A veces	☐ 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: 15 Through 17 Year Visits (For Parents)*

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