



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITAS MÉDICAS DE 11 HASTA 14 AÑOS PARA PACIENTES (SE INCLUYEN PREGUNTAS SENSIBLES)

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 (desde los 12 años de edad) y la evaluación del consumo de tabaco, alcohol o drogas también son parte de esta visita.** Gracias por su tiempo.

¿SOBRE QUÉ QUIERE HABLAR HOY?

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

CUÉNTENOS ACERCA DE USTED.

¿Qué es lo que más lo enorgullece de usted?

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

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿Su dieta 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
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para niñas: ¿Su período dura más de 5 días?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Infecciones de transmisión sexual/VIH	¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales, incluidas las relaciones sexuales o el sexo oral? EN CASO NEGATIVO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN (VIH).	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene sexo sin protección?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas anónimas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Es usted o alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales bisexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna vez ha sido tratado por una infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales está infectada con el VIH o ha consumido drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Intercambia sexo por dinero o drogas o tienes parejas sexuales que lo hacen?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	Para niños: ¿Alguna vez ha tenido sexo con otros hombres?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
VIH	¿Usa o ha usado drogas inyectables?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

Tuberculosis	¿Está usted infectado con el VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy 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)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Estuvo usted 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	¿Le preocupa cómo ve?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

EL CRECIMIENTO Y LOS CAMBIOS DE SU CUERPO

Dientes saludables				
	¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Ve al dentista dos veces al año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Imagen corporal				
	¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Se burlan de su peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Alimentación saludable				
	¿Tiene opciones de alimentación saludable en casa y en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Come frutas y verduras todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Consumo leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Alguna vez se saltea comidas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Come con su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Actividad física y sueño				
	¿Está físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Cuánto tiempo pasa todos los días viendo la televisión, jugando videojuegos o usando computadoras, tabletas o smartphones (sin contar las tareas escolares)?	_____ horas		
	¿Duerme 8 o más horas cada noche?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Tiene problemas para dormir?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

BIENESTAR EMOCIONAL

	¿Usted y sus padres discuten mucho sobre lo que su cultura espera de usted y lo que sus amigos están haciendo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Ha hablado con sus padres sobre citas y sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Tiene preguntas o inquietudes acerca de cómo está cambiando su cuerpo (pubertad)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	Para niñas: ¿Ha empezado a menstruar?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	Para niñas: En caso afirmativo, ¿tiene alguna preocupación acerca de su período (como sangrado excesivo no regular o calambres fuertes)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Relaciones románticas y actividad sexual				
	¿Ha tenido alguna vez una relación romántica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	En caso afirmativo, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal? <i>En caso negativo, pase a la siguiente sección.</i>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
	¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle				
	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos o usado cigarrillos electrónicos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Alguna vez ha bebido alcohol?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Alguna vez ha tenido sexo, incluido sexo oral, vaginal o anal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Alguna vez ha consumido drogas (incluidos marihuana o drogas callejeras)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
	¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí

MANTENERSE SEGURO

Uso del cinturón de seguridad y del casco			
¿Siempre usa un cinturón de seguridad de regazo y hombros?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta o patinando?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Siempre usa un chaleco salvavidas cuando hace deportes acuáticos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Protección solar			
¿Utiliza protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
¿Visita salones de bronceado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Uso de sustancias y conducción de un vehículo			
¿Alguna vez ha viajado en un automóvil con alguien que ha estado bebiendo o consumiendo drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro viajando con alguien?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas			
¿Alguna vez ha llevado un arma de fuego o un cuchillo (incluso para autoprotegerse)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí
Si hay un arma en su casa, ¿sabe dónde buscarla?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Sí