

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITAS MÉDICAS DE 15 HASTA 17 AÑOS

PARA PACIENTES

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.

¿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?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
	¿Come una dieta vegetariana (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos)?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	Si usted es vegetariano (no come carne roja, pollo, pescado o mariscos), ¿toma un suplemento de hierro?	☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez le han diagnosticado 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
	Para las mujeres: ¿Tiene sangrado menstrual excesivo u otra pérdida de sangre?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	Para las mujeres: ¿Su período dura más de 5 días?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Dislipidemia	¿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
	¿Tiene usted 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
	¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
VIH	¿Usa o ha usado drogas inyectables?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Tuberculosis	¿Está usted infectado con el VIH?	☐ No	☐ Sí	☐ 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)?	☐ No	☐ Sí	☐ 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?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
Visión	¿Le preocupa su visión?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿No ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Tiene problemas con la visión de cerca o de lejos?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Tiende a entrecerrar los ojos?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a

Salud bucal	¿Su fuente primaria de agua contiene fluoruro?	☐ Sí	☐ No	☐ 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).	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Tiene sexo sin protección?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Tiene relaciones sexuales con múltiples parejas o con parejas anónimas?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Es usted o alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales bisexual?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Alguna vez ha sido tratado por una infección de transmisión sexual?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Alguna de sus parejas sexuales anteriores o actuales está infectada con el VIH o ha consumido drogas inyectables?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Intercambia sexo por dinero o drogas o tienes parejas sexuales que lo hacen?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	Para los hombres: ¿Alguna vez ha tenido sexo con otros hombres?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a

SU VIDA DIARIA

Dientes saludables			
¿Se cepilla los dientes dos veces al día?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Usa hilo dental una vez al día?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Ve al dentista dos veces al año?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Mastica chicle o tabaco?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Si practica deportes de contacto, usa un protector bucal?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Imagen corporal			
¿Tiene alguna preocupación acerca de su peso?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Actualmente está haciendo algo para tratar de aumentar o perder peso?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Alguna vez se han burlado de usted por su peso?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Alimentación saludable			
¿Tiene acceso a opciones de alimentos saludables?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Come frutas y verduras todos los días?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Consume leche, yogur, queso u otros alimentos que contengan calcio todos los días?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Bebe jugo, gaseosas, bebidas para deportistas o bebidas energéticas?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Alguna vez se saltea comidas?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Come con su familia?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Actividad física y sueño			
¿Está físicamente activo por lo menos 1 hora todos los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.	☐ Sí	☐ A veces	☐ 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?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene problemas para dormir por la noche o para despertarse por la mañana?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí

SU BIENESTAR EMOCIONAL

Estado de ánimo y salud mental			
¿Se hace daño a sí mismo, por ejemplo, al cortarse, golpearse o pellizcarse?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Sexualidad			
¿Ha hablado con sus padres sobre citas y sexo?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene alguna pregunta sobre su identidad de género?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí

ELEGIR COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

Relaciones románticas y actividad sexual				
Si ha tenido relaciones románticas, ¿se ha sentido siempre seguro y respetado?	☐ N/C	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Alguna vez ha tenido sexo, incluidos sexo oral, vaginal o anal? <i>En caso negativo, pase a la siguiente sección.</i>		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Está teniendo sexo, incluido sexo oral, con alguien?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Usted y su pareja usan condones todas las veces?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Utilizan usted y su pareja siempre otro método anticonceptivo junto con un condón?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Conoce sobre la anticoncepción de emergencia?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, y drogas recetadas o en la calle				
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos o usado cigarrillos electrónicos?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Alguna vez ha bebido alcohol?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Alguna vez ha consumido drogas (incluidos marihuana o drogas callejeras)?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Uso del cinturón de seguridad y del casco				
¿Siempre usa un cinturón de seguridad de regazo y hombros?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Siempre usa un casco para proteger su cabeza cuando anda en bicicleta o patinando?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Siempre usa un chaleco salvavidas cuando hace deportes acuáticos?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Si ha empezado a conducir, ¿sigue las normas de seguridad para los jóvenes conductores?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro conduciendo o con quien viajar?	☐ N/C	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Protección solar				
¿Utiliza protector solar?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Visita salones de bronceado?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Seguridad de las armas				
¿Alguna vez ha llevado un arma de fuego o un cuchillo (incluso para autoprotegerse)?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
Si hay un arma en su casa, ¿sabe dónde buscarla?	☐ N/C	☐ No	☐ A veces	☐ Sí