

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

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.

¿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
	¿Usted o su familia se esfuerzan alguna vez 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, tíos o tías 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
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

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	¿No ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	☐ No	☐ Sí	☐ No estoy seguro/a
	¿Le preocupa su visión?	☐ 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
Desempeño escolar				
¿Se ha graduado de la escuela secundaria o ha completado un GED?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene planes para el trabajo o la escuela?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
Cómo sobrellevar el estrés y la toma de decisiones				
¿Se siente realmente estresado todo el tiempo?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Tiene estrategias para reducir o aliviar su estrés?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No

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 regularmente?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene problemas para acceder al cuidado dental?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí
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
Alimentación saludable				
¿Tiene acceso a opciones de alimentación saludable en casa y en la escuela?		☐ 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 la mayoría de los días? Esto incluye correr, practicar deportes o hacer actividades físicas con amigos.		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Cuánto tiempo pasa usted en la pantalla cada día sin relación con el trabajo o la escuela?		_____ horas		
¿Tiene una hora regular para acostarse?		☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Tiene problemas para dormir por la noche o para levantarse por la mañana?		☐ No	☐ A veces	☐ Sí

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				
¿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?	☐ 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
¿Ha tenido múltiples parejas en el último año?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Ha tenido pareja masculina y femenina?	☐ 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

¿Fuma cigarrillos o usa cigarrillos electrónicos?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Mastica tabaco o usa otros productos de tabaco?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Bebe alcohol?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Ha consumido drogas, incluidos marihuana, drogas callejeras, inhalantes o esteroides?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Alguna vez ha tomado medicamentos recetados que no le fueron dados por una condición médica?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí

MANTENERSE SEGURO

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, patineta o motocicleta o un todoterreno?	☐ Sí	☐ A veces	☐ No
¿Alguna vez usa su teléfono o tableta mientras conduce, incluso en las señales de alto?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Tiene a alguien a quien pueda llamar para que lo lleve si se siente inseguro conduciendo o con quien viajar?	☐ 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

¿Tiene acceso a armas?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí
¿Ha llevado un arma a la escuela o al trabajo?	☐ No	☐ A veces	☐ Sí