

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES

VISITA MÉDICA DEL 8 AÑO

¿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 la entusiasma o encanta de su hijo?

¿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:

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

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

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

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

