

American Academy of Pediatrics



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

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:

CUÉNTENOS SOBRE SU HIJO Y SU FAMILIA.

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

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

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

¿Algún familiar de su hijo 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 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:

Marque cada uno de los puntos que son verdaderos para su hijo.

- Demuestra la habilidad de llevarse bien con los demás y controlar sus emociones.
- Elige comer alimentos saludables y participar en actividad física todos los días.
- Se relaciona con los miembros de la familia, con otros adultos y con sus compañeros.

VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Anemia	¿La dieta de su hijo 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
	¿Su hijo 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 su hijo 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
	¿Usted se esfuerza alguna vez por poner comida en la mesa?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Audición	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo escucha su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo habla su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Salud bucal	¿La fuente de agua principal de su hijo contiene fluoruro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 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)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo está infectado con VIH?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
Visión	¿Tiene alguna inquietud sobre cómo ve su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo no ha pasado alguna vez un examen de la vista en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a
	¿Su hijo tiende a entrecerrar los ojos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No estoy seguro/a

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

¿Cómo está usted, su hijo y su familia?

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA

Violencia en el vecindario y en la familia (intimidación y peleas)			
¿Hay informes frecuentes de violencia en su comunidad o escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Alguna vez su hijo ha sido acosado o lastimado físicamente por alguien?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Alguna vez su hijo ha intimidado o ha sido agresivo con otros?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Ha hablado con su hijo sobre cómo obtener ayuda y a quién llamar si hay una emergencia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
¿Alguna vez le ha dicho su hija que la han tocado de una manera que la hizo sentir incómoda o en sus partes íntimas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Seguridad alimentaria			
En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
En los últimos 12 meses, ¿no le fue suficiente el alimento que compró y no tuvo dinero para obtener más?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Alcohol y drogas			
¿Hay alguien en la vida de su hijo sobre el que le preocupa el uso de alcohol o drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	
Daños de Internet			
¿Supervisa usted el uso de Internet de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Tienen reglas sobre el uso de Internet?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Utiliza filtros de seguridad en computadoras, tabletas y smartphones?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SU FAMILIA (CONTINUACIÓN)

Seguridad emocional y autoestima		
¿Su hijo generalmente parece feliz?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay cosas que su hijo hace muy bien o de las que está orgulloso?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Relación con la familia		
¿Los miembros de la familia se llevan bien entre ellos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

EL DESARROLLO DE SU HIJO

¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas y expectativas claras para su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cuando su hijo rompe las reglas, ¿es usted coherente con las consecuencias y la disciplina?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le hace saber a su hijo cuando está haciendo un buen trabajo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene preocupaciones con frecuencia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene su hijo problemas para lidiar con el enojo o la frustración?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Ayuda a su hija a controlar su enojo, a lidiar con las preocupaciones y a resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Pubertad y desarrollo puberal		
¿Ha hablado con su hijo sobre cómo cambiará su cuerpo durante la pubertad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ESCUELA

¿Le va bien a su hijo en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene su hijo alguna dificultad en la escuela o recibe ayuda adicional?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿A su hijo le gusta la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene su hijo amigos en la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Está su hijo involucrado en actividades después de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

MANTENERSE SALUDABLE

Dientes saludables		
¿Su hijo se cepilla los dientes dos veces al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ve su hijo al dentista dos veces al año?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Usa su hijo un protector bucal si practica deportes de contacto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nutrición		
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso o los hábitos alimenticios de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su hijo? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo bebe o come 3 porciones de productos lácteos, como leche, queso o yogur, al día?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Comen juntos en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo toma refrescos, jugos u otras bebidas endulzadas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo desayuna todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 7 AÑO

MANTENERSE SALUDABLE (CONTINUACIÓN)

Actividad física (continuación)		
¿Su hijo tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo tiene una hora regular para acostarse?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe nadar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe que siempre debe tener a un adulto vigilándolo en el agua y que nunca debe nadar solo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo usa protector solar?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Seguridad de las armas		
¿Alguien en su casa o en las casas donde su hijo pasa el tiempo tiene un arma?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Si es así, ¿el arma está descargada y guardada bajo llave?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
En caso afirmativo, ¿las municiones se almacenan y guardan bajo llave por separado del arma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado con su hijo sobre la seguridad de las armas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Daños por parte de los adultos		
¿Conoce a los amigos de su hijo y a sus familias?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo sabe cómo obtener ayuda en caso de emergencia si usted no está presente?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Le ha enseñado a su hijo que nunca está bien que un adulto le diga a un niño que guarde secretos a sus padres?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Sabe su hijo que nunca está bien que un niño mayor o un adulto pida ver sus partes íntimas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> 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: 7 Year Visit*

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



NINO/NA

Nombre

Fecha de Nacimiento

PADRE/GUARDIAN

Nombre

Numero de telefono/celular

**Patient Eligibility Screening Record: Vaccines for Children Program/
 Paciente Elegibilidad Screening Registro: programa de Vacunas para Ninos**

Proveedor de: Clinica Pediatrica del Sur

Un archive debe guardarse en el consultori del profesional de la salud que refleja el estado de todos los ninos de 18 anos de eded o mas juvenes, quienes reciben inmunizaciones con vacunas suministradas por los programas estatales. La contancio de mi ser completado por el padre, tutor o el individuo del registro, o por el proveedor de atencion medica. El mismo registro puede ser utilizado para no ha cambiado todos las visitas subsiguientes s largos como condicion de elegibilidad del nino. Si bien no se requiere verificacion de las respuestas, es necesario mantener esta o un registro similar para vacuna (s) de recepcion nino.

Nota: Si usted no tiene seguro de salud o si su compania de seguros no cubre las vacunas, usted puede recibir una vacuna proporcionada por el Programa de Vacunas para Ninos. Un cargo de \$21.93 por disparo sera debitada en el momento del servicio. Solo los ninos de 18 anos o menores son elegibles para este programa.

Marque solo UN (1) caja. Mi hijo.....		
(A) Esta inscrito en Medicaid (PeachState, WellCare, AmeriGroup, CareSource or SSI Medicaid).	<input type="radio"/>	OR
(B) Es indio o de Alaska Native American.	<input type="radio"/>	OR
(C) no tiene seguro de salud	<input type="radio"/>	OR
(D) Tiene un seguro de sauld que no paga por las vacumas.	<input type="radio"/>	OR
(E) Esta inscrito en PeachCare (PeachCare aparecera como Proveedor de atencion administrada).	<input type="radio"/>	OR
(F) Tiene un serguero medico que paga por las vacumas	<input type="radio"/>	

Imprimir el Nombre

Firma del Padre/Madre

Fecha