



CUESTIONARIO PREVIO A LA VISITA DE BRIGHT FUTURES VISITA MÉDICA DEL 10 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 10 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
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

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		
¿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
¿Su hijo se ha sentido excluido o no forma parte de ningún grupo de amigos?	<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
Tabaco, cigarrillos electrónicos, 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
¿Alguno de los amigos de su hijo fuma, usa o vende cigarrillos electrónicos, bebe alcohol o cerveza, o consume drogas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Daños de Internet		
¿Conoce el uso de Internet de su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Hay reglas para el uso de Internet?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha instalado un filtro de seguridad de Internet en las computadoras, tabletas y smartphones?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
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
¿Su hijo tiene la oportunidad de ayudar a otros en casa, en la escuela o en su comunidad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Relación con la familia y los compañeros		
¿Se llevan bien los miembros de su familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su familia hace actividades junta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene tareas o responsabilidades en casa?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo tiene amigos en la escuela o en su vecindario?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 10 AÑO

EL CRECIMIENTO DE SU HIJO

Problemas de humor, para establecer límites razonables y hacer amigos		
¿Su hijo ha experimentado algún estrés reciente en casa o en la escuela?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿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
¿Ayuda a su hijo a controlar su enojo, a lidiar con las preocupaciones y a resolver problemas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Han hablado usted y su hijo sobre cómo decir no al tabaco, al alcohol y al uso de drogas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Inicio de la pubertad y seguridad sexual		
¿Ha hablado con su hijo sobre los cambios corporales que ocurren durante la pubertad?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Ha hablado de privacidad y seguridad corporal con su hijo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Han hablado usted y su hijo sobre el sexo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hija sabe que debe decirle a un adulto de confianza si alguien toca sus partes privadas o si alguien lo anima a hacer otras cosas que la hacen sentir incómoda o sabe que están mal?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ESCUELA

¿Le preocupa la experiencia escolar de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo ha faltado más de 2 días a la escuela en algún mes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo tiene alguna dificultad en la escuela o recibe ayuda adicional en alguna materia?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo participa en actividades fuera de la escuela?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

MANTENERSE SALUDABLE

Dientes saludables		
¿Su hijo tiene un dentista?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Se cepilla los dientes y usa hilo dental todos los días?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Su hijo usa un protector bucal cuando practica deportes de contacto?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Bebe regularmente refrescos, jugos u otras bebidas azucaradas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Nutrición		
¿Tiene alguna preocupación sobre el peso de su hijo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Le preocupa que coma? Esto incluye beber suficiente leche y comer verduras y frutas.	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Comen juntos comidas en familia?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Escucha a su hijo hablar de su aspecto o de su dieta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Actividad física		
¿Su hijo está físicamente activo por lo menos 1 hora al día? Esto incluye correr, practicar deportes o juegos activos con amigos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
¿Tiene alguna preocupación sobre el nivel de actividad física de su hijo, como por ejemplo, si es demasiado o muy poco?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hija tiene problemas para dormir o se despierta durante la noche?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿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

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
¿Todo el mundo en el vehículo usa siempre un cinturón de seguridad de regazo y hombro?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

VISITA MÉDICA DEL 10 AÑO

SEGURIDAD (CONTINUACIÓN)

Seguridad durante la actividad física		
¿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
Seguridad al aire libre		
¿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 siempre usa protector solar cuando juega al aire libre?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Conocer a los amigos de su hijo y a sus familias		
¿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
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

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>.





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



Patient Name: _____ **Today's Date:** _____

Please answer the following questions by checking a box to the right of the question.

PRE-PARTICIPATION SCREENING

SÍ NO INSEGURO/A

¿Alguna vez te hace desmayado o casi desmayado durante o después del ejercicio? <i>Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?</i>			
¿Alguna vez sentiste molestias, dolor, tensión o presión en el pecho durante el ejercicio? <i>Have you ever had discomfort, pain, tightness or pressure in your chest during exercise?</i>			
¿Tu corazón palpita rapido o salta latidos durante el ejercicio? <i>Does your heart ever race or skip beats during exercise?</i>			
¿Ha tenido alguna vez dificultad inusual o extrema para respirar durante el ejercicio? <i>Have you ever had unusual or extreme shortness of breath during exercise?</i>			
¿Alguna vez te sientes más cansado, mareado o con más dificultad para respirar más rápidamente que tus amigos durante el ejercicio? <i>Do you get more tired, lightheaded or feel more short of breath more quickly than your friends during exercise?</i>			
¿Alguna vez has tenido una convulsión inexplicable? <i>Have you ever had an unexplained seizure?</i>			
¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene algún problema del corazón (presión arterial alta, colesterol alto, un soplo cardiaco, una infección del corazón, enfermedad de Kawasaki, o de otro tipo)? <i>Has a doctor ever told you that you have any heart problems (high blood pressure, high cholesterol, a heart murmur, a heart infection, Kawasaki disease, or other)?</i>			
¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón (ECG/EKG o ecocardiograma)? <i>Has a doctor ever ordered a test for your heart (ECG/EKG or echocardiogram)?</i>			

BULLYING

SÍ NO

¿Alguna vez hace sentido miedo de ir a la escuela? <i>Do you ever feel afraid to go to school?</i>		
¿Alguna vez hace sido intimidado en la escuela, en su vecindario, o en linea? <i>Have you ever been bullied at school, in your neighborhood, or online?</i>		
¿Alguna vez has visto a otros niños siendo intimidados? <i>Have you seen other kids being bullied?</i>		
¿Sabe donde o con quien puede ir cuando necesite ayuda? <i>Do you know who you can go to for help?</i>		