



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visitas en la adolescencia temprana

Para poder brindarte la mejor atención posible, nos gustaría conocerte mejor y saber cómo estás. Lo que hablemos será en privado. Esperamos que nos hables abiertamente sobre tu vida y tu salud. Esta información no la compartiremos con nadie sin tu permiso, a menos que creamos que alguien está en peligro. Gracias por tu tiempo.

¿De qué te gustaría hablar hoy?

¿Tienes alguna preocupación, pregunta o problema que te gustaría tratar hoy?

¿Qué cambios o retos ha habido en tu casa desde el año pasado?

¿Vives con alguien que usa tabaco o pasas tiempo en algún lugar donde la gente fuma? ☐ No ☐ Sí

Nos interesa contestar tus preguntas. Por favor marca las cajitas correspondientes a los temas que te gustaría tratar hoy.

Tu cuerpo crece y cambia	☐ Dientes ☐ Aspecto físico o imagen corporal ☐ Cómo te sientes acerca de ti mismo(a) ☐ Alimentarte bien ☐ Buenos modos de estar activo(a) ☐ Cómo cambia tu cuerpo ☐ Tu peso
La escuela y los amigos	☐ Relación con tu familia ☐ Tus amigos ☐ Cómo te va en la escuela ☐ Novio o novia ☐ Organizar tu tiempo para hacer lo que tienes que hacer
Cómo te sientes	☐ Asumir el estrés ☐ Tener las cosas bajo control ☐ Sexualidad ☐ Sentirte triste ☐ Sentir ansiedad ☐ Sentirte irritable
Conductas saludables	☐ Fumar cigarrillos ☐ Beber alcohol ☐ Usar drogas ☐ Embarazo ☐ Infecciones de transmisión sexual ☐ Decisiones sobre el sexo y las drogas
Violencia y lesiones	☐ Seguridad en el auto ☐ Usar casco y equipo protector ☐ Protegerte de situaciones riesgosas ☐ Seguridad con las armas ☐ Agresión o problemas con otros chicos ☐ No ir en un auto con un conductor que ha bebido alcohol

Preguntas

Dislipidemia	¿Fumas cigarrillos?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Uso de alcohol o drogas	¿Has tomado alguna vez una bebida alcohólica?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Has consumido alguna vez marihuana o alguna otra droga alucinógena?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Infecciones de transmisión sexual	¿Has tenido relaciones sexuales (incluyendo penetración o sexo oral)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Anemia	¿Incluyes en tu alimentación alimentos ricos en hierro como carnes, huevos, cereales enriquecidos con hierro o frijoles?	☐ No	☐ Sí	☐ No sé
	¿Te han diagnosticado alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

Sólo para mujeres

Anemia	¿Tienes sangrado menstrual excesivo o algún otro tipo de pérdida de sangre?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Te dura el período o la regla más de 5 días?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

Crecimiento y desarrollo

Marca cada una de las cosas que se ajustan a ti:

- ☐ Tengo conductas que reflejan un estilo de vida saludable, como alimentarme bien, hacer ejercicio y protegerme de los peligros.
- ☐ Siento que tengo en mi vida por lo menos un adulto responsable que se preocupa por mí al que puedo acudir si necesito ayuda.
- ☐ Siento que tengo por lo menos un amigo o un grupo de amigos con los que me siento bien.
- ☐ Ayudo a otras personas por mi cuenta o a través de un grupo de voluntarios de la escuela, una organización religiosa o la comunidad.
- ☐ Soy capaz de sobreponerme a las desilusiones de la vida.
- ☐ Tengo un sentido de esperanza en la vida y confianza en mí mismo(a).
- ☐ Me he vuelto más independiente y tomo mis propias decisiones a medida que crezco.
- ☐ Soy particularmente hábil en una determinada cosa, como matemáticas, fútbol, teatro, cocina o cacería. Descríbelo:



American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visitas de niño mayor/joven adolescente—Para los padres

Para poder brindarle a su hijo(a) la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas.
¡Muchas gracias!

¿De qué le gustaría hablar hoy?

¿Tiene alguna preocupación, pregunta o problema que le gustaría tratar hoy?

¿Qué cambios o retos ha habido en casa desde el año pasado?

¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad especial de cuidado de salud?

☐ No ☐ Sí, describir:

¿Vive su hijo con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fuma?

☐ No ☐ Sí, describir:

¿Cuántas horas al día pasa su hijo viendo televisión, jugando videojuegos y usando la computadora (sin contar el tiempo de las tareas)? _____

Preguntas acerca de su hijo(a)

Visión	¿Se queja su hijo de no poder ver bien lo que está escrito en el pizarrón?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Alguna vez su hijo no ha pasado un examen de visión en la escuela?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Se acerca su hijo los libros para poder leerlos?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Le es difícil a su hijo reconocer las caras de las personas a cierta distancia?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tiende su hijo a mirar bizco o entrecerrado?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Audición	¿Tiene su hijo dificultad en oír cuando habla por teléfono?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tiene su hijo dificultad en seguir la conversación cuando dos o más personas hablan a la vez?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tiene su hijo dificultad en oír cuando hay ruido de fondo?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Le pide su hijo a la gente que repita lo que le han dicho?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Malinterpreta su hijo lo que otros le dicen y responde inadecuadamente?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Tuberculosis	¿Nació su hijo en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Ha viajado su hijo por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis (o ha estado en contacto con residentes de esas poblaciones)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Ha tenido tuberculosis o un resultado positivo de tuberculina un familiar o un contacto?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Está infectado su hijo con el VIH (Virus del SIDA)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Dislipidemia	¿Tiene su hijo padres o abuelos que han sufrido de un derrame cerebral o de problemas cardíacos antes de los 55 años de edad?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tiene su hijo una madre o un padre con alto colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o que está tomando medicina para el colesterol?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé



Anemia	¿Incluye la alimentación de su hijo comidas ricas en hierro como carnes, huevos, cereales enriquecidos con hierro o frijoles?	☐ No	☐ Sí	☐ No sé
	¿Ha sido diagnosticado su hijo alguna vez con anemia por deficiencia de hierro?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

Sólo para niñas

Anemia	¿Tiene su hija sangrado menstrual excesivo o algún otro tipo de pérdida de sangre?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Le dura el período o la regla a su hija más de 5 días?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

Su hijo(a) crece y se desarrolla

Marque cada una de las cosas que se ajustan a su hijo(a):

- ☐ Mi hijo tiene conductas que corresponden a un estilo de vida saludable, tales como alimentarse bien, hacer ejercicio y proteger su seguridad.
- ☐ Mi hijo tiene por lo menos un adulto responsable que se preocupa por su bienestar al que puede acudir si necesita ayuda.
- ☐ Mi hijo tiene por lo menos un amigo o grupo de amigos con los que se siente a gusto.
- ☐ Mi hijo ayuda a otros por su cuenta o a través de un grupo de voluntarios en la escuela, una organización religiosa o la comunidad.
- ☐ Mi hijo es capaz de sobreponerse a las desilusiones de la vida.
- ☐ Mi hijo tiene un sentido de esperanza en la vida y confianza en sí mismo(a).
- ☐ Mi hijo se ha vuelto más independiente y ha empezado a tomar sus propias decisiones a medida que crece.
- ☐ Mi hijo es particularmente hábil en una determinada cosa, como matemáticas, fútbol, teatro, cocina o cacería. Describir:

ACCOMPANIED BY/INFORMANT		PREFERRED LANGUAGE	DATE/TIME	Name	
DRUG ALLERGIES		CURRENT MEDICATIONS		ID NUMBER	
WEIGHT (%)	HEIGHT (%)	BMI (%)	BLOOD PRESSURE	BIRTH DATE	AGE M F

Visit with: ☐ Teen alone ☐ Parent(s) alone ☐ Mother ☐ Father ☐ Teen with parents ☐ Other _____

History

☐ Previsit Questionnaire reviewed	☐ Teen has special health care needs
☐ Teen has a dental home	

Concerns and questions ☐ None ☐ Addressed (see other side)

Follow-up on previous concerns ☐ None ☐ Addressed (see other side)

Interval history ☐ None ☐ Addressed (see other side)

Menarche: Age _____ Regularity _____

Menstrual problems _____

☐ Medication Record reviewed and updated

Physical Examination

☒ = NL

Bright Futures Priority

☐ SKIN

☐ BACK/SPINE

☐ BREASTS

☐ GENITALIA

SEXUAL MATURITY RATING _____

Additional Systems

☐ GENERAL APPEARANCE ☐ TEETH

☐ HEAD ☐ LUNGS

☐ EYES ☐ HEART

☐ EARS ☐ ABDOMEN

☐ NOSE ☐ EXTREMITIES

☐ MOUTH AND THROAT ☐ NEUROLOGIC

☐ NECK

Abnormal findings and comments _____

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. ☐ No interval change

Changes since last visit _____

Teen lives with _____

Relationship with parents/siblings _____

Assessment

☐ Well teen

Risk Assessment

If not reviewed in Supplemental Questionnaire
(Use other side if risks identified.)

HOME

Eats meals with family ☐ Yes ☐ No

Has family member/adult to turn to for help ☐ Yes ☐ No

Is permitted and is able to make independent decisions ☐ Yes ☐ No

EDUCATION

Grade _____

Performance ☐ NL _____

Behavior/Attention ☐ NL _____

Homework ☐ NL _____

EATING

Eats regular meals including adequate fruits and vegetables ☐ Yes ☐ No

Drinks non-sweetened liquids ☐ Yes ☐ No

Calcium source ☐ Yes ☐ No

Has concerns about body or appearance ☐ Yes ☐ No

ACTIVITIES

Has friends ☐ Yes ☐ No

At least 1 hour of physical activity/day ☐ Yes ☐ No

Screen time (except for homework) less than 2 hours/day ☐ Yes ☐ No

Has interests/participates in community activities/volunteers ☐ Yes ☐ No

DRUGS (Substance use/abuse)

Uses tobacco/alcohol/drugs ☐ Yes ☐ No

SAFETY

Home is free of violence ☐ Yes ☐ No

Uses safety belts/safety equipment ☐ Yes ☐ No

Has peer relationships free of violence ☐ Yes ☐ No

SEX

Has had oral sex ☐ Yes ☐ No

Has had sexual intercourse (vaginal, anal) ☐ Yes ☐ No

SUICIDALITY/MENTAL HEALTH

Has ways to cope with stress ☐ Yes ☐ No

Displays self-confidence ☐ Yes ☐ No

Has problems with sleep ☐ Yes ☐ No

Gets depressed, anxious, or irritable/has mood swings ☐ Yes ☐ No

Has thought about hurting self or considered suicide ☐ Yes ☐ No

Anticipatory Guidance

☐ Discussed and/or handout given

☐ PHYSICAL GROWTH AND DEVELOPMENT

- Brush/Floss teeth
- Regular dentist visits
- Body image
- Balanced diet
- Limit TV
- Physical activity

☐ SOCIAL AND ACADEMIC COMPETENCE

- Help with homework when needed
- Encourage reading/school
- Community involvement

• Family time

• Age-appropriate limits

• Friends

☐ EMOTIONAL WELL-BEING

- Decision-making
- Dealing with stress
- Mental health concerns
- Sexuality/Puberty

☐ RISK REDUCTION

- Tobacco, alcohol, drugs
- Prescription drugs
- Know friends and activities
- Sex

☐ VIOLENCE AND INJURY PREVENTION

- Seat belts, no ATV
- Guns
- Safe dating
- Conflict resolution
- Bullying
- Sport helmets
- Protective gear

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results: ☐ Vision

☐ Referral to _____

Follow-up/Next visit _____

☐ See other side

American Academy of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

HE0498

WELL CHILD/11 to 14 years

Psychosocial Risks
Confidential (To be completed confidentially for teens with identified risk)

Home
Relationship with parents/guardians
Violence in home
Teen's concerns
Autonomy
Counseling/Recommendations

Education
Teen's concerns
Social interactions
Conflicts
Counseling/Recommendations

Eating
Usual diet
Attempts to lose weight by dieting, laxatives, or self-induced vomiting
Regular meals (includes breakfast, limits fast food)
Counseling/Recommendations

Activities
Clubs/Extracurricular
Music/Art
Sports
Religious/Community
TV/Electronics hours/day
Gangs
Counseling/Recommendations

CRAFFT used with permission from Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G.
Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients.
Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156:607-614
HEEADSSS used with permission from Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: an essential update. Contemp Pediatr. 2004;21:64-90
This American Academy of Pediatrics Visit Documentation Form is consistent with Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 3rd Edition.
The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.
Copyright © 2010 American Academy of Pediatrics. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the publisher.

Drugs (Substance Use/Abuse)
Tobacco use
Alcohol
Drugs (street/prescription)
Steroids
CRAFFT (+2 indicates need for follow-up)
C - Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was "high" or had been using alcohol or drugs?
R - Do you ever use alcohol or drugs to RELAX, feel better about yourself, or fit in?
A - Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, ALONE?
F - Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs?
F - Do your family or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?
T - Have you gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs?
Counseling/Recommendations

Safety
Bullying
Guns
Dating violence
Passenger safety
Sports/recreation safety
Counseling/Recommendations

Sex
Oral sex
Has had sexual intercourse (vaginal, anal)
Age of onset of sexual activity
Number of partners
Gender of partners
Sexual orientation
Condom use
Contraception
Previous pregnancy
Previous STI
Laboratory/Screening results
Pregnancy test
Pap smear
Chlamydia/Gonorrhea, source
Syphilis
HIV
STI screening laboratory results (specify)
Counseling/Recommendations

Suicidality/Mental Health
Depression
Anxiety
Suicide ideation
Suicide attempts
History of psychologic counseling
Other mental health diagnosis
Counseling/Recommendations

Confidentiality discussed With teen With parent(s)



Consejos de Bright Futures para el paciente Visitas de la adolescencia temprana

Estas son algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser de utilidad para su familia.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO

Tu cuerpo crece y cambia

- Lávate los dientes dos veces al día y usa hilo dental una vez al día.
- Ve al dentista dos veces al año.
- Usa un protector bucal al practicar deportes.
- Come 3 comidas saludables al día.
- Es muy importante que te desayunes.
- Trata de tomar agua en lugar de refrescos.
- Limita las comidas grasosas, los dulces, los bocaditos salados y los refrescos.
- Trata de comer alimentos saludables.
 - 5 frutas y vegetales al día
 - 3 vasos de leche, yogurt o queso bajos en grasa.
- Come con tu familia a menudo.
- Trata de hacer una hora de actividad física vigorosa al día.
- Limita el tiempo que ves televisión, juegas video juegos o juegas en la computadora a 2 horas al día (aparte del tiempo de las tareas).
- Siente orgullo cuando hagas algo bueno.

Conductas saludables

- Busca cosas divertidas y seguras para hacer.
- Habla con tus padres acerca del uso del alcohol y las drogas.
- Apoya a los amigos que deciden no usar tabaco, alcohol, drogas, esteroides o píldoras dietéticas.
- Habla con tus padres sobre las relaciones, el sexo y los valores.
- Habla sobre la pubertad y las presiones sexuales con alguien en quien confíes.
- Sigue las reglas de tu familia.

BIENESTAR EMOCIONAL

Tus sentimientos

- Busca modos saludables de enfrentar el estrés.
- Pasa tiempo con tu familia.
- Trata de resolver tus problemas hablando. Nunca uses la violencia.
- Busca modos de ayudar en tu casa.
- Es importante que tengas información veraz sobre la sexualidad, tu desarrollo físico y tus sentimientos sexuales. Puedes hacerme cualquier pregunta que tengas.

APTITUD SOCIAL Y ACADÉMICA

La escuela y los amigos

- Haz lo posible por ser responsable con tus tareas escolares.
- Si necesitas ayuda para organizar tu tiempo, habla con tus padres o maestros.
- Lee a menudo.
- Busca actividades que realmente te interesen, como deportes o teatro.
- Busca actividades que ayuden a otros.
- Pasa tiempo con tu familia y ayuda en la casa.
- Mantén la comunicación con tus padres.

PREVENCIÓN DE VIOLENCIA Y LESIONES

Violencia y lesiones

- Usa siempre tu cinturón de seguridad.
- No montes en una moto de cuatro ruedas (o ATV).
- Usa el equipo protector, incluyendo cascos para deportes, ciclismo, patinaje y patineta.
- Averigua cómo obtener ayuda si sientes que corres peligro.
- No tengas armas de fuego en tu casa. Si es necesario, guárdala bajo llave sin las municiones y guarda las municiones bajo llave en otro lugar.
- Busca modos no violentos de enfrentar el enojo o el miedo. Pelearse y llevar armas puede ser peligroso. Puedes hablar conmigo sobre cómo evitar estas situaciones.
- Las citas románticas saludables se basan en el respeto, la consideración y hacer cosas que les gusten hacer a ambos.

REDUCCIÓN DE RIESGOS



American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.



Consejos de Bright Futures para los padres Visitas en la adolescencia temprana

Estas son algunas sugerencias de los expertos de Bright Futures que pueden ser de utilidad para su familia.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO

Su hijo(a) crece y cambia

- Hable con su hijo sobre cómo cambia su cuerpo con la pubertad.
- Estimúlelo a lavarse los dientes dos veces al día y usar la seda dental una vez al día.
- Ayúdelo a ir al dentista dos veces al año.
- Sirva alimentos saludables y coman en familia a menudo.
- Estimule a su hijo a tener una hora de actividad física vigorosa al día.
- Ayúdelo a limitar el tiempo que pasa frente a una pantalla (televisión, juegos de video o computadora) a 2 horas al día, sin incluir el tiempo de las tareas.
- Elógielo cuando hace algo bueno, no sólo cuando luce bien.

REDUCCIÓN DE RIESGOS

Opciones de conductas saludables

- Ayude a su hijo(a) a encontrar cosas divertidas y sanas para hacer.
- Hágale saber qué opina usted sobre el alcohol y las drogas.
- Idee un plan para garantizar que su hijo y sus amigos no puedan obtener alcohol o drogas recetadas en su casa.
- Conversen sobre relaciones románticas, sexo y valores.
- Estimule a su hijo a no tener sexo.
- Si no se siente bien de hablar con su hijo sobre la pubertad y la presión sexual, pídale consejo o pida a otra persona de confianza información que pueda ayudarlo.
- Tenga reglas y normas disciplinarias claras y concisas.
- Dé un buen ejemplo de conductas saludables.

BIENESTAR EMOCIONAL

Sentirse feliz

- Anime a su hijo(a) a tratar de solucionar sus problemas con su apoyo.
- Ayúdelo a encontrar modos saludables de asumir el estrés.
- Pase tiempo con su hijo.
- Conozca a los amigos de su hijo y sus respectivas familias. Sepa dónde está y qué está haciendo en todo momento.
- Indíquele cómo usar el lenguaje para expresar sus sentimientos y solucionar los conflictos.
- Si le preocupa que su hijo esté triste, deprimido, nervioso, irritable, desesperado o enojado, hable conmigo.

ESCUELA Y CAPACIDAD ACADÉMICA

La escuela y los amigos

- Esté pendiente de las calificaciones de su hijo(a) y asista a las veladas de regreso a la escuela y a las reuniones padres-maestros en lo posible.
- Hable con su hijo conforme asume responsabilidades escolares.
- Ayúdele a organizar su tiempo si es necesario.
- Estimule la lectura.
- Ayúdelo a encontrar actividades que en realidad le interesen, aparte del trabajo escolar.
- Ayúdelo a buscar y participar en actividades que ayuden a los demás.
- Permítale tomar la mayoría de sus decisiones conforme crece.

PREVENCIÓN DE VIOLENCIA Y LESIONES

Violencia y lesiones

- Asegúrese de que todos usen el cinturón de seguridad en el auto.
- No le permita a su hijo(a) montar en motos de cuatro ruedas (ATV).
- Cerciórese de que sepa cómo conseguir ayuda si siente que corre peligro.
- No tenga armas en su casa. Si debe tener un arma, guárdela bajo llave sin las municiones y guarde las municiones en otro lugar bajo llave.
- Ayúdele a su hijo a recurrir a modos no violentos de manejar el enojo o el miedo.



American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Las recomendaciones de esta publicación no indican un tipo de tratamiento exclusivo ni sirven como parámetro de cuidado médico. Ciertas variaciones, tomando en cuenta las circunstancias individuales, podrían ser apropiadas. El documento original se incluye como parte de la publicación "Bright Futures Tool and Resource Kit". Derechos de autor © 2010 Academia Americana de Pediatría. Todos los derechos reservados. La Academia Americana de Pediatría no revisa ni respalda ninguna modificación hecha a este documento y en ningún caso será la AAP responsable de cualquiera de dichos cambios.