



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visitas de los 18 a los 21 años

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?

¿Tienes alguna necesidad especial de cuidado de salud? ☐ No ☐ Sí ☐ No sé, describir:

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

¿Cuántas horas al día pasas viendo televisión, jugando videojuegos y usando la computadora (sin contar el tiempo del trabajo escolar o universitario)? _____

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

Tu cuerpo crece y cambia	☐ Cómo cambia tu cuerpo ☐ Dientes ☐ Aspecto físico o imagen corporal ☐ Cómo te sientes acerca de ti mismo(a) ☐ Alimentarte bien ☐ Buenos modos de estar activo(a) ☐ Proteger tus oídos de los ruidos fuertes
La escuela/universidad y los amigos	☐ Cómo te va en la escuela/universidad ☐ Organizar tu tiempo para hacer lo que tienes que hacer ☐ Tu trabajo ☐ Tus planes futuros ☐ Tus amigos ☐ Tu novio o novia ☐ Relación con tu familia
Cómo te sientes	☐ Asumir el estrés ☐ Tener las cosas bajo control ☐ Tomar decisiones por tu cuenta ☐ Sexualidad ☐ Depresión ☐ Sentir ansiedad ☐ Sentirte irritable ☐ Sentirte triste
Conductas saludables	☐ Embarazo ☐ Infecciones de transmisión sexual ☐ Fumar cigarrillos ☐ Beber alcohol ☐ Usar drogas ☐ Cómo evitar situaciones riesgosas ☐ Cómo apoyar a los amigos que no usan alcohol ni drogas ☐ Cómo cumplir las decisiones que has tomado sobre sexo, alcohol y drogas
Violencia y lesiones	☐ Evitar las distracciones al conducir ☐ Beber y conducir un auto ☐ Seguridad con las armas ☐ Violencia o abuso en las citas

Preguntas

Visión	¿Te quejas de no poder ver bien lo que está escrito en el pizarrón?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Alguna vez no has pasado un examen de visión en la escuela?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Te acercas los libros para poder leerlos?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Te es difícil reconocer las caras de las personas a cierta distancia?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tiendes a mirar bizco?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Audición	¿Tienes dificultad en oír cuando hablas por teléfono?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tienes dificultad en seguir la conversación cuando dos o más personas hablan a la vez?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tienes dificultad en oír cuando hay ruido de fondo?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Le pides a la gente que repita lo que te han dicho?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Malinterpretas lo que otros te dicen y respondes inadecuadamente?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Tuberculosis	¿Naciste en un país de alto riesgo para tuberculosis (países distintos a Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Has viajado por más de una semana a un país de alto riesgo para tuberculosis o has 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
	¿Has estado preso (en la cárcel)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Estás infectado con el VIH (Virus del SIDA)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé



Dislipidemia	¿Uno de tus padres o de tus abuelos ha sufrido un derrame cerebral o un problema cardíaco antes de los 55 años de edad?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tiene uno de tus padres alto colesterol en la sangre (240 mg/dL o más) o está tomando medicina para el colesterol?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Fumas cigarrillos?	☐ 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
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
	¿Te inyectas o te has inyectado drogas?	☐ 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
Infecciones de transmisión sexual	¿Has tenido relaciones sexuales (incluyendo penetración o sexo oral)? (Si contestaste no, pasa a Crecimiento y desarrollo)	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Ha tenido alguna de tus parejas pasadas o presentes el virus del SIDA, ha sido bisexual o se ha inyectado drogas?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Has recibido tratamiento alguna vez por una infección de transmisión sexual?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Estás teniendo sexo sin protección con múltiples parejas?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tienes relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o tienes parejas sexuales que hacen esto?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Displasia cervical	¿Tuviste tu primera relación sexual con penetración hace más de 3 años?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
Embarazo	¿Has sido sexualmente activa sin usar un método de control natal?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Has sido sexualmente activa y se te retrasó la menstruación en los últimos 2 meses?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

Sólo para hombres

Infecciones de transmisión sexual	¿Has tenido relaciones sexuales (incluyendo penetración o sexo oral)? (Si contestaste no, pasa a Crecimiento y desarrollo)	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Has recibido tratamiento alguna vez por una infección de transmisión sexual?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Estás teniendo sexo sin protección con múltiples parejas?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Has tenido sexo con otros hombres?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Tienes relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o tienes parejas sexuales que hacen esto?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
	¿Ha tenido alguna de tus parejas pasadas o presentes el virus del SIDA, ha sido bisexual o se ha inyectado drogas?	☐ 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.

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

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. ☐ No interval change

Changes since last visit _____

Teen lives with _____

Relationship with parents/siblings _____

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
- Impaired/Distracted driving ☐ Yes ☐ No
- Has 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

Physical Examination

☒ = NL

Bright Futures Priority

☐ SKIN

☐ BACK/SPINE

☐ BREASTS

☐ GENITALIA

SEXUAL MATURITY RATING _____

Additional Systems

☐ GENERAL APPEARANCE	☐ TEETH
☐ HEAD	☐ LUNGS
☐ EYES	☐ HEART
☐ EARS	☐ GI/ABDOMEN
☐ NOSE	☐ EXTREMITIES
☐ MOUTH AND THROAT	☐ NEUROLOGIC
☐ NECK	☐ MUSCULO-SKELETAL

Abnormal findings and comments _____

Assessment

☐ Well teen

Anticipatory Guidance

- ☐ Discussed and/or handout given
- | | | |
|--|---|--|
| ☐ PHYSICAL GROWTH AND DEVELOPMENT | <ul style="list-style-type: none"> • Friends/relationships • Family time • Community involvement • Encourage reading/school • Rules/Expectations • Planning for after high school | ☐ RISK REDUCTION |
| <ul style="list-style-type: none"> • Balanced diet • Physical activity • Limit TV • Protect hearing • Brush/Floss teeth • Regular dentist visits | <ul style="list-style-type: none"> • Tobacco, alcohol, drugs • Prescription drugs • Sex | ☐ VIOLENCE AND INJURY PREVENTION |
| ☐ SOCIAL AND ACADEMIC COMPETENCE | <ul style="list-style-type: none"> • Decision-making • Mood changes • Sexuality/Puberty | <ul style="list-style-type: none"> • Seat belts • Guns • Conflict resolution • Driving restriction • Sports/Recreation safety |

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results: ☐ Vision ☐ Cholesterol (18–21 years)

☐ Referral to _____

Follow-up/Next visit _____

☐ See other side

Print Name	Signature
PROVIDER 1	
PROVIDER 2	



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
Impaired/Distracted driving
Sports/recreation safety
Guns
Peer violence
Dating violence
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 los 18 a los 21 años

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

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO

Tu vida diaria

- Ve al dentista dos veces al año como mínimo.
- Protege tu audición (oído) en el trabajo, la casa y los conciertos.
- Come una variedad de alimentos saludables.
- Desayúnate todos los días.
- Bebe mucha agua.
- Asegúrate de consumir suficiente calcio.
 - Toma a diario 3 o más porciones de leche baja en grasa (al 1%) o leche sin grasa y otros productos lácteos bajos en grasa.
- Trata de hacer una hora de actividad física vigorosa al día.
- Siente orgullo cuando hagas algo bueno.

REDUCCIÓN DE RIESGOS

Conductas saludables

- Apoya a los amigos que deciden no usar tabaco, alcohol, drogas, esteroides o píldoras dietéticas.
- Si usas drogas o alcohol, hánbanos de esto. Podemos ayudarte a dejar el hábito o reducir el consumo.
- Toma decisiones saludables acerca de tu conducta sexual.
- Si eres sexualmente activo(a), practica el sexo seguro. Usa siempre un condón para prevenir infecciones de transmisión sexual.
- Todas tus relaciones sexuales deben ser porque tú lo deseas. No permitas que nadie te obligue o que trate de convencerte.
- Busca actividades sanas en la escuela, la universidad y la comunidad.

PREVENCIÓN DE VIOLENCIA Y LESIONES

Violencia y lesiones

- No manejes un auto habiendo bebido ni te montes en un vehículo conducido por una persona que ha estado usando drogas o alcohol.
 - Si sientes que tu seguridad peligra al manejar o ir en el auto de alguien, llama a una persona de confianza para que te recoja.
- Usa siempre el cinturón de seguridad cuando viajes en auto.
- Conoce las reglas del conductor cuidadoso.
- Nunca permitas el maltrato físico ya sea contra ti o contra otros en tu casa o la escuela.
- Resuelve siempre los conflictos de modos no violentos.
- Recuerda que las citas románticas saludables se basan en el respeto y que está bien decir "no".
- Pelearse y llevar armas puede ser peligroso.

BIENESTAR EMOCIONAL

Tus sentimientos

- Busca modos saludables de enfrentar el estrés.
- Haz lo posible por solucionar tus problemas y tomar decisiones por tu cuenta.
- La mayoría de las personas tienen altibajos. Pero si te sientes triste, deprimido(a), nervioso(a), irritable, desconsolado(a) o enojado(a), habla conmigo o con otro profesional de la salud.
- Entendemos que la sexualidad es parte importante de tu desarrollo. Si tienes preguntas o preocupaciones, estamos aquí para ayudarte.

APTITUD SOCIAL Y ACADÉMICA

La escuela y los amigos

- Asume la responsabilidad de organizarte bien para tener éxito en el trabajo, la escuela o la universidad.
- Busca nuevas actividades que te gusten.
- Piensa en hacer trabajo voluntario y ayudar a otros en la comunidad en un tema que te interese o te preocupe.
- Haz amistades sanas y busca cosas divertidas y seguras para hacer con tus amigos.
- A medida que te haces mayor, es importante crear nuevas amistades y mantenerlas. Tal vez sientas que te estás alejando de algunos de tus viejos amigos. Eso es normal.
- Evalúa tus amistades y conserva aquellas que sean saludables.
- Es importante que sigas en comunicación con tu familia.



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.