



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visitas de los 15 a los 17 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 de las tareas)? _____

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 y los amigos	☐ Relación con tu familia ☐ Tus amigos ☐ Novio o novia ☐ Cómo te va en la escuela ☐ Organizar tu tiempo para hacer lo que tienes que hacer ☐ Tus planes al terminar la secundaria
Cómo te sientes	☐ Asumir el estrés ☐ Tener las cosas bajo control ☐ Sexualidad ☐ Sentirte triste ☐ Sentir ansiedad ☐ Sentirte irritable ☐ Mantener una actitud positiva
Conductas saludables	☐ Embarazo ☐ Infecciones de transmisión sexual ☐ Fumar cigarrillos ☐ Beber alcohol ☐ Usar drogas ☐ Cómo evitar situaciones riesgosas ☐ Decisiones sobre el sexo, el alcohol y las drogas ☐ 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	☐ Seguridad en el auto ☐ Usar un casco protector ☐ Reglas para conductores adolescentes ☐ Seguridad con las armas ☐ Violencia o abuso en las citas ☐ Agresión o problemas con otros chicos ☐ Protegerte y proteger a tus amigos de situaciones riesgosas

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 o entrecerrado?	☐ 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 uno de tus familiares o contactos?	☐ 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 en 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	• Friends/relationships • Family time • Community involvement • Encourage reading/school • Rules/Expectations • Planning for after high school	☐ RISK REDUCTION
• Balanced diet • Physical activity • Limit TV • Protect hearing • Brush/Floss teeth • Regular dentist visits	• Tobacco, alcohol, drugs • Prescription drugs • Sex	☐ VIOLENCE AND INJURY PREVENTION
☐ SOCIAL AND ACADEMIC COMPETENCE	• Decision-making • Mood changes • Sexuality/Puberty	• 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 15 a los 17 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.
- Lávatte los dientes por lo menos dos veces al día y usa hilo dental una vez al día.
- Usa un protector bucal al practicar deportes.
- Protege tu audición (oído) en el trabajo, la casa y los conciertos.
- Trata de comer alimentos saludables.
 - 5 frutas y vegetales al día
 - 3 vasos de leche, yogurt o queso bajos en grasa.
- Es muy importante que te desayunes.
- Bebe mucha agua. Es mejor tomar agua que refrescos.
- 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

- Habla con tus padres acerca de tus valores y expectativas en cuanto al alcohol, las drogas, el tabaco, conducir autos y el sexo.
- Habla con tus padres cuando necesites apoyo o ayuda para tomar decisiones sanas en cuanto al sexo.
- Busca actividades seguras en la escuela y la comunidad.
- Toma decisiones saludables acerca del sexo, el tabaco, el alcohol y otras drogas.
- Sigue las reglas de tu familia.

REDUCCIÓN DE RIESGOS

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.
- Apoya a los amigos que deciden no usar tabaco, alcohol, drogas, esteroides o píldoras dietéticas.
- Insiste en que todos los que vayan en el auto usen el cinturón de seguridad.
- Conduce siempre con cuidado.
 - Limita el número de amigos en el auto, evita conducir de noche y evita las distracciones.
- Nunca permitas el maltrato físico ya sea contra ti o contra otros en tu casa o la escuela.
- Aprende a asumir los conflictos sin usar la violencia.
- Entiende que las citas románticas saludables se basan en el respeto y que está bien decir "no".
- Pelearse y llevar armas puede ser peligroso.

PREVENCIÓN DE VIOLENCIA Y LESIONES

Tus sentimientos

- Habla con tus padres acerca de tus esperanzas y preocupaciones.
- Busca modos saludables de enfrentar el estrés.
- Busca modos de ayudar en tu casa.
- Desarrolla modos de resolver los problemas y tomar buenas decisiones.
- Es importante que tengas información veraz sobre la sexualidad, tu desarrollo físico y tus sentimientos sexuales. Por favor hazme cualquier pregunta que tengas.

BIENESTAR EMOCIONAL

La escuela y los amigos

- Ponte metas altas en la escuela, tu futuro y otras actividades.
- Lee a menudo.
- Pide ayuda cuando la necesites.
- 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.
- Participa en actividades positivas y deportivas al salir de la escuela.
- Haz amistades sanas y busca cosas divertidas y seguras para hacer con tus amigos.
- Pasa tiempo con tu familia y ayuda en la casa.
- Asume la responsabilidad de hacer tus tareas y llegar a la escuela o al trabajo a tiempo.

APTITUD SOCIAL Y ACADÉMICA



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

Visita de los 15 a los 17 años

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

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO

Su adolescente crece y cambia

- Ayude a su adolescente a ir al dentista dos veces al año.
- Recomiéndele protegerse la audición en el trabajo, la casa y los conciertos.
- Mantenga un surtido de alimentos sanos en la casa.
- Ayude a su adolescente a obtener suficiente calcio.
- Estimule una hora de actividad física vigorosa al día.
- Elogie a su adolescente cuando hace algo bueno, no sólo cuando luce bien.

REDUCCIÓN DE RIESGOS

Opciones de conductas saludables

- Hable con su adolescente sobre sus valores y expectativas acerca del alcohol, las drogas, el tabaco, conducir autos y tener sexo.
- Esté presente cuando su adolescente necesite apoyo o ayuda para asumir conductas sexuales sanas.
- Apoye actividades seguras en la escuela y en la comunidad.
- Elogie a su adolescente por tomar decisiones saludables en cuanto al sexo, el tabaco, el alcohol y otras drogas.

VIOLENCIA Y PREVENCIÓN DE LESIONES

Violencia y lesiones

- No tolere que alguien conduzca un auto habiendo bebido.
- Insista en que todos usen el cinturón de seguridad.
- Establezca expectativas sobre la seguridad al conducir.
 - Limite el número de amigos en el auto, conducir de noche y las distracciones.
- No tolere el maltrato físico, ni a usted, ni a su adolescente, ni a cualquier otra persona en la casa o la escuela.
- 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.
- Enséñele a su adolescente a asumir los conflictos sin usar la violencia.
- Asegúrese de que entienda que las citas románticas saludable se basan en el respeto y que está bien decir "no".

BIENESTAR EMOCIONAL

Los sentimientos y la familia

- Reserve tiempo para estar con su adolescente. Escuche sus esperanzas y preocupaciones.
- Apóyelo para que encuentre modos de asumir el estrés.
- Apóyelo para que solucione sus problemas y tome decisiones.
- Si le preocupa que su adolescente esté triste, deprimido, nervioso, irritable, desesperado o enojado, hable conmigo.

ESCUELA Y CAPACIDAD ACADÉMICA

La escuela y los amigos

- Elogie los esfuerzos positivos y el éxito en la escuela y otras actividades.
- Estimule la lectura.
- Ayude a su adolescente a encontrar nuevas actividades que le interesen.
- Estimúlelo a ayudar a otros en la comunidad.
- Ayúdelo a buscar y ser parte de actividades positivas y deportivas al salir de la escuela.
- Fomente las amistades y las diversiones sanas con sus amigos.
- Conozca a los amigos de su hijo y sus respectivas familias. Sepa dónde está y qué está haciendo en todo momento.
- Averigüe qué calificaciones saca su hijo en los exámenes.
 - Asista a las veladas de regreso a la escuela en lo posible.
 - Asista a las reuniones padres-maestros en lo posible.



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.