



Cuestionario de Bright Futures previo a la visita médica—Visita de los 7 años

Para poder brindarle a usted y a su niño(a) la mejor atención de salud posible, nos gustaría saber cómo marchan las cosas. Por favor conteste todas las preguntas. ¡Muchas gracias!

¿De qué le gustaría hablar hoy?

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

Nos interesa contestar sus preguntas. Por favor marque las cajitas correspondientes a los temas que quisiera tratar hoy.

La escuela	☐ Aprendizaje y desempeño escolar ☐ Niños agresores ☐ Actividades y cuidado después de la escuela ☐ Necesidades educativas especiales ☐ Cómo actúa el niño ☐ Comunicarse con la escuela del niño
Su niño(a) en crecimiento	☐ Cómo se siente su niño acerca de sí mismo ☐ Seguir las reglas ☐ Prepararse para la pubertad ☐ El enojo del niño ☐ Cómo enfrenta su niño los problemas ☐ Adquirir mayor independencia
Mantenerse saludable	☐ El peso del niño ☐ Una hora de actividad física al día ☐ Practicar deportes ☐ Tiempo de ver televisión ☐ Obtener suficiente calcio ☐ Tomar suficiente agua ☐ Cuánto debe comer el niño a la vez
Dientes sanos	☐ Visitas regulares al dentista ☐ Lavarse los dientes dos veces al día ☐ Usar hilo dental todos los días
Seguridad	☐ Sillas elevadoras para el auto ☐ Cascos y seguridad en los deportes ☐ Seguridad al nadar ☐ Uso de protector solar ☐ Saber cómo usa el niño la computadora ☐ Conocer a los amigos de su hijo y a sus familias ☐ Seguridad con las armas ☐ Casa y autos libres de humo de cigarrillo ☐ Prevenir el abuso sexual

Preguntas acerca de su niño(a)

¿Algún pariente del niño ha desarrollado un problema médico nuevo desde su última visita? En caso de que sí, describir: ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Visión	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño ve?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
	¿Alguna vez su niño no ha pasado un examen de visión en la escuela?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
	¿Tiende su niño a mirar bizco o entrecerrado?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
Audición	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño habla?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
	¿Tiene alguna preocupación sobre el modo en que su niño oye?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
	¿Tiene su niño dificultad en oír cuando hay ruido de fondo o al hablar por teléfono?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
	¿Tiene su niño dificultad en seguir la conversación cuando dos o más personas hablan a la vez?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
Tuberculosis	¿Nació su niño 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 niño 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 niño con el VIH (Virus del SIDA)?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
Anemia	¿Sigue su niño una estricta dieta vegetariana?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
	Si su niño es vegetariano, ¿está tomando un suplemento de hierro?	☐ No ☐ Sí ☐ No sé
	¿Incluye en la alimentación del niño comidas ricas en hierro como carnes, huevos, cereales enriquecidos con hierro o frijoles?	☐ No ☐ Sí ☐ No sé

¿Tiene su niño alguna necesidad especial de cuidado de salud? ☐ No ☐ Sí, describir:

¿Ha tenido su familia algún cambio grande últimamente? ☐ Mudanza ☐ Cambio de empleo ☐ Separación ☐ Divorcio ☐ Muerte en la familia
☐ ¿Algún otro cambio? _____

¿Vive su niño con alguien que usa tabaco o pasa tiempo en algún lugar donde la gente fume? ☐ No ☐ Sí

Su niño(a) crece y se desarrolla

¿Tiene una preocupación específica sobre el desarrollo, el aprendizaje o el comportamiento de su niño? ☐ No ☐ Sí, describir:

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

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Come comidas y meriendas saludables | ☐ Le va bien en la escuela | ☐ Hace actividades vigorosas por una hora al día |
| ☐ Tiene amigos | ☐ Participa en una actividad después de la escuela | ☐ Hace quehaceres cuando se le pide |
| | ☐ Se lleva bien con la 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.

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

See growth chart.

History

☐ Previsit Questionnaire reviewed	☐ Child has special health care needs
☐ Child 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)

☐ Medication Record reviewed and updated

Social/Family History

See Initial History Questionnaire. ☐ No interval change

Family situation

After-school care: ☐ Yes ☐ No

Changes since last visit

Review of Systems

See Initial History Questionnaire and Problem List.

☐ No interval change

Changes since last visit

Nutrition

Sleep: ☐ NL

Physical activity

Play time (60 min/d) ☐ Yes ☐ No

Screen time (<2 h/d) ☐ Yes ☐ No

School: Grade Special education ☐ Yes ☐ No

Social interaction ☐ NL

Performance ☐ NL

Behavior ☐ NL

Attention ☐ NL

Homework ☐ NL

Parent/Teacher concerns ☐ None

Home: Cooperation ☐ NL

Parent-child interaction ☐ NL

Sibling interaction ☐ NL

Oppositional behavior ☐ None

Development (if not reviewed in Previsit Questionnaire)

- Eats healthy meals and snacks
- Participates in an after-school activity
- Has friends
- Is vigorously active for 1 hour a day
- Is doing well in school
- Does chores when asked
- Gets along with family

Physical Examination

☒ = NL

Bright Futures Priority

☐ **MUSCULOSKELETAL** (hip, knee, ankle)

☐ **MOUTH/TEETH** (caries, gingival)

☐ **BREASTS/GENITALIA**

SEXUAL MATURITY RATING _____

Additional Systems

☐ GENERAL APPEARANCE

☐ NECK

☐ HEAD

☐ EYES

☐ EARS

☐ NOSE

☐ LUNGS

☐ THROAT

☐ HEART

☐ ABDOMEN

☐ BACK

☐ SKIN

☐ NEUROLOGIC

Abnormal findings and comments

Assessment

☐ Well child

Anticipatory Guidance

☐ Discussed and/or handout given

☐ **SCHOOL**

- Show interest in school
- Communicate with teachers

☐ **DEVELOPMENT AND MENTAL HEALTH**

- Encourage independence
- Praise strengths
- Be a positive role model
- Discuss expected body changes

☐ **NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY**

- Encourage proper nutrition
- Eat meals as a family
- 60 minutes of physical activity daily
- Limit TV and screen time

☐ **ORAL HEALTH**

- Dental visits twice a year
- Brush teeth twice a day
- Floss teeth daily
- Wear mouth guard during sports

☐ **SAFETY**

- Know child's friends
- Home emergency plan
- Safety rules with adults
- Appropriate vehicle restraint
- Helmets and pads
- Supervise around water
- Smoke-free environment
- Guns
- Monitor computer use

Plan

Immunizations (See Vaccine Administration Record.)

Laboratory/Screening results: ☐ **Vision** ☐ **Hearing**

☐ Referral to

Follow-up/Next visit

☐ See other side

Print Name	Signature
PROVIDER 1	
PROVIDER 2	

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



**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.

Consejos de Bright Futures para el paciente Visitas de los 7 a los 8 años

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

LA ESCUELA

Esfuézate en la escuela

- Trata de esforzarte en la escuela. Esto te hará sentir bien.
- Pide ayuda cuando la necesites.
- Vincúlate a clubes y equipos que te gusten.
- Dile a los niños que te molestan o tratan de lastimarte que te dejen en paz. Después, aléjate.
- Si hay niños que te acosan en la escuela, cuéntale a un adulto de confianza.

Ten cuidado

- No le abras la puerta a nadie que no conozcas.
- Pídele permiso a tus padres antes de invitar a un amigo a la casa.
- Usa tu casco para montar en bicicleta, patinar y andar en patineta.
- Pídele ayuda a un adulto si tienes miedo o algo te preocupa.
- Está bien pedir que te lleven a casa y estar con Mamá y Papá.
- Mantén cubiertas tus partes privadas, es decir las partes que tapa un traje de baño.
- Cuéntale inmediatamente a tus padres o a otro adulto si un niño mayor o un adulto te muestra sus partes privadas, te pide que les muestres las tuyas o te toca tus partes privadas.
- Siéntate siempre en tu silla elevadora y viaja en el asiento trasero del auto.

SEGURIDAD

NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

Come bien y haz ejercicio

- Desayúnate todos los días.
- Trata de comer 5 frutas y vegetales al día.
- Toma un solo vaso de jugo de pura fruta al día.
- Limita las comidas grasosas, los dulces, los bocaditos salados, la comida chatarra y los refrescos.
- Come bocaditos saludables como frutas, queso y yogurt.
- Los alimentos saludables te ayudan a que te vaya bien en la escuela y los deportes.
- Come con tu familia a menudo.
- Toma por lo menos 2 vasos de leche al día.
- Por cada 30 minutos que veas televisión o uses la computadora, pasa 30 minutos jugando activamente.

SALUD ORAL

Cuida tus dientes

- Lávatelos dientes por lo menos dos veces al día: en la mañana y en la noche.
- Usa el hilo dental todos los días.
- Usa un protector bucal al practicar deportes.

DESARROLLO Y SALUD MENTAL

Habla de tus sentimientos

- Habla sobre tus sentimientos de enojo o tristeza con alguien que te sepa escuchar.
- Comenta lo que te preocupa. Esto ayuda mucho.
- Haz preguntas a tus padres o a un adulto de confianza sobre los cambios de tu cuerpo.
- Hasta las preguntas que te puedan avergonzar son importantes. No tiene nada de malo hablar sobre tu cuerpo y cómo está cambiando.





Consejos de Bright Futures para los padres Visita de los 7 y 8 años

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

NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

Mantenerse saludable

- Coman en familia a menudo.
- Comience cada día con el desayuno.
- Compre leche sin grasa y lácteos bajos en grasa. Procure que su hijo(a) consuma tres porciones al día.
- Limite la cantidad de dulces, refrescos y comidas grasosas.
- Incluya cinco porciones diarias de vegetales y frutas a las comidas y en las meriendas.
- Limite el tiempo de televisión y de computadora a 2 horas al día.
- No coloque un televisor ni una computadora en la alcoba del niño.
- Estimúlelo a jugar activamente por una hora al día como mínimo.

SEGURIDAD

Seguridad

- Su hijo(a) siempre debe ir en el asiento trasero del auto y usar una silla elevadora hasta que el cinturón de regazo y de hombro del vehículo se ajusten bien a su tamaño.
- Enséñelo a nadar y supervíselo cuando esté en el agua.
- Use protector solar cuando salgan.
- Adquiera un casco que se ajuste bien al niño y equipo de seguridad para montar en bicicleta, patinar, esquiar, deslizarse en la nieve y montar a caballo.
- Mantenga su casa y sus autos libres de humo de cigarrillo.
- 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.

SEGURIDAD

- Supervise el uso de la computadora por parte de su hijo.
 - Averigüe con quién habla en línea.
 - Instale un filtro de seguridad.
- Conozca a los amigos de su hijo y sus respectivas familias.
- Enseñe a su hijo planes de emergencias, como en casos de incendio.
 - Enséñele cómo y cuándo marcar el 911.
- Enséñele a protegerse de otros adultos.
 - Nadie debe pedirle que le oculte algo a sus padres.
 - Nadie debe pedirle que le muestre sus partes privadas.
 - Ningún adulto debe pedirle ayuda con sus partes privadas.

Su hijo(a) en crecimiento

- Asígnele quehaceres a su hijo y espere que los cumpla.
- Abrácelo, elógielo y demuestre orgullo por su buena conducta y su buen desempeño escolar.
- Dé un buen ejemplo.
- No le pegue a su hijo ni permita que otros lo hagan.
- Ayúdelo a hacer cosas por su cuenta.
- Enséñele a ayudar a los demás.
- Comente las reglas y consecuencias con su hijo.
- Esté pendiente de la pubertad y los cambios corporales de su hijo.
- Conteste las preguntas de su hijo de modo sencillo.
- Conversen sobre lo que le preocupa al niño.

DESARROLLO Y SALUD MENTAL

La escuela

- Asista a la velada de regreso a la escuela, a las reuniones padres-maestros y a los demás eventos escolares si le es posible.
- Hable con su hijo y con los maestros acerca de los agresores escolares.
- Hable con los maestros si cree que su hijo necesita ayuda adicional o tutoría.
- Si su hijo no tiene un buen desempeño escolar, los maestros pueden ayudarlo con las evaluaciones para recibir ayuda especial.

LA ESCUELA

Dientes sanos

- Ayude a su hijo a lavarse los dientes dos veces al día.
 - Después del desayuno
 - Antes de acostarse
- Use un poquito de pasta dental con flúor (del tamaño de un chícharo).
- Ayúdelo a usar el hilo dental una vez al día.
- Su hijo debe ir al dentista por lo menos dos veces al año.
- Acostúmbrelo a usar un protector bucal para protegerse los dientes cada vez que practique un deporte.

SALUD ORAL

Poison Help (Intoxicaciones): 1-800-222-1222
Inspección de asiento de seguridad para el auto: 1-866-SEATCHECK; seatcheck.org



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.